FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juin 1900, à 1 heure

PAR

J. ZVIBEL

Né à Falticeny (Roumanie) le 3 Février 1873

Ancien externe des Hôpitaux

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

PAR

L'ÉNUCLÉATION ABDOMINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.
Juges : MM. DELENS, professeur.
TUFFIER,
et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, Rue Racine, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Hstoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN JACCOUD HAYEM DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	BERGER DUPLAY LEDENTU TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA TOURETTE	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques.......... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

Je dédie ce travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Introduction

On a proposé et exécuté (Amussat, Velpeau, 1840), pour les fibromes utérins sous-muqueux de petit volume et surtout pour ceux développés dans la portion vaginale du col, l'énucléation vaginale.

Cette opération simple, bénigne ne peut s'adresser qu'à des tumeurs sous-muqueuses, ayant déjà dilaté la cavité utérine, et ne vise donc qu'un nombre de cas exceptionnels.

Quant aux fibromes interstitiels du corps utérin, en un mot, pour tous les fibromes non justiciables de l'énucléation vaginale, on employait jusqu'aujourd'hui, comme traitement radical, soit l'hystérectomie vaginale, soit l'hystérectomie abdominale, totale ou partielle ; et on réservait l'énucléation abdominale pour les cas exceptionnels de fibrome unique, et petit chez la femme jeune.

Eh bien, nous nous proposons de montrer dans ce travail que le nombre de fibromes justiciables de l'énucléation abdominale, est beaucoup plus grand qu'on ne le dit, et que c'est à cette opération qu'il faut avoir recours dans la majorité des cas de fibromes utérins.

Pourquoi en effet enlever un utérus, parce qu'il est atteint de fibromes ?

Quand on a à faire à un fibrome accessible par le vagin, ou lorsqu'il fait saillie dans cette cavité, on ne pense pourtant pas à enlever l'utérus, on énuclée la tumeur, et on n'a jamais ou presque jamais de récidive (Témoin).

Pourquoi ne pas faire de même pour les fibromes interstitiels du corps ?

Et puisque ces tumeurs sont toujours énucléables (1) pourquoi ne pas énucléer la tumeur et reconstituer l'utérus comme après une opération césarienne ?

Il y a pourtant tout intérêt pour la femme, à lui conserver, un organe et une fonction, qui supprimés donnent si souvent des accidents d'ordre nerveux sans parler de la stérilité.

Or l'énucléation abdominale est l'opération idéale qui délivre la malade de sa tumeur tout en respectant l'utérus et les ovaires. Et de préférence à l'hystérectomie et à la castration, opérations graves et essentiellement mutilatrices, il faut conseiller l'énucléation abdominale, qui seule permet la conception à l'avenir.

Nous verrons, en révisant la question, et en nous basant sur des faits nouveaux, si vraiment cette opération si simple, si conservatrice, mérite le dédain et l'oubli, dans lesquels elle est tombée.

Après un exposé historique de la question, nous donnerons toutes les observations publiées sur cette

(1) Claisse, Th. de Paris, 1900.

question, tant à l'étranger qu'en France, nous y ajouterons nos 8 observations personnelles ; puis nous verrons la critique faite contre l'énucléation abdominale, nous ferons la réfutation de cette critique ; nous montrerons ensuite les avantages, les indications et les contr'indications de cette méthode, et enfin nous donnerons la technique de cette opération, telle que l'exécute notre maître M. le Professeur agrégé Tuffier.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à nos éminents maîtres, qui ont bien voulu guider notre instruction médicale et chirurgicale, nos respectueux hommages, et notre profonde reconnaissance.

Et d'abord, nous tenons à remercier notre cher maître, M. le Professeur agrégé Tuffier ; c'est dans son service et sous son inspiration que nous avons entrepris ce travail ; nous avons constamment trouvé près de lui, les conseils de l'expérience et la bienveillante sympathie qui ne se lasse jamais ; aussi nous le remercions très sincèrement, et n'oublierons ni son enseignement, ni l'inépuisable bonté qu'il nous a toujours témoignée.

Nous gardons une profonde reconnaissance à M. le Professeur agrégé Campenon. Pendant le stage que nous avons eu l'honneur de faire dans son service à l'hôpital de la Charité en 1897, il nous a révélé, ce qu'était et devait être la chirurgie.

A M. le Professeur Polaillon, notre premier maître dans l'externat (Hôtel-Dieu 1898) nous devons des

témoignages de sympathie, pour l'affectueuse sollicitude dont il nous a donné tant de preuves.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. Lucas-Championnière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (1898), nous n'oublierons pas ce que nous devons à cet éminent maître.

Nous prions M. le Professeur agrégé Thierry, d'agréer tous nos remerciements, pour l'enseignement, dont il nous a fait profiter pendant notre stage à la Charité, dans le service de M. le Professeur Tillaux (1894), et aussi pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

M. le Professeur agrégé Félix Legueu a été pour nous non seulement un maître aimé, mais il nous a encore aidé de ses conseils, dans beaucoup d'autres circonstances ; et jamais il n'a cessé de nous montrer à quel point il s'intéressait à nous ; aussi tenons-nous tout particulièrement à lui affirmer notre reconnaissance et notre profond attachement.

Pendant notre seconde année d'externat (1899), nous avons été l'externe de M. le Docteur Landrieux, médecin de l'hôpital Lariboisière. qui nous a guidé avec beaucoup de bienveillance dans l'étude de la médecine et de la gynécologie ; et depuis il n'a pas cessé de nous prodiguer des marques de sympathique intérêt ; nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

Pour notre troisième année d'externat (1900), Monsieur le Docteur Dreyfus-Brisac, nous a fait l'honneur de nous donner une place d'externe dans son ser-

vice à l'hôpital Lariboisière ; ses leçons si brillantes seront toujours présentes à notre esprit ; et nous nous félicitons d'avoir passé près de lui, des instants malheureusement trop courts.

Que Monsieur le Professeur agrégé Bonnaire veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour la place d'externe qu'il a bien voulu nous accorder en 1899, dans son service d'accouchement à Lariboisière.

Nous voulons exprimer aussi, tous nos remerciements à nos Maîtres MM. les Docteurs Merklen (stage de l'hôpital Laënnec 1895) ; Quénu (stage de l'hôpital Cochin, 1896) et Gaillard (stage de l'hôpital Saint-Antoine 1896), pour les excellents mois de stage, que nous avons eu l'honneur de passer dans leurs services.

Nous prions Monsieur le Professeur Tillaux, notre premier Maître en chirurgie, d'accepter nos plus profonds remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse. Nous tenons à lui exprimer ici toute notre gratitude.



Définition

L'enucléation par la voie abdominale, est une opération qui consiste à sectionner le tissu utérin, à énucléer le fibrome de sa capsule et à suturer la plaie utérine, en laissant l'utérus et les ovaires en place.

Synonymie. — On l'appelle encore l'énucléation sous-péritonéale ou par laparotomie ; les Américains lui ont dernièrement donné le nom de *myomectomie*, mais c'est un tort, puisque cela la fait confondre avec la véritable myomectomie, c'est-à-dire avec l'opération qui s'adresse aux corps fibreux sous-péritonéaux, implantéssur le corps utérin par un large et très ccurt pédicule, et qu'on enlève par la résection du pédicule, avec une partie du tissu utérin.

C'est à cette dernière opération, qu'il faut conserver exclusivement le nom de myoméctomie (P. Delbet) (1).

Historique

Jusqu'au commencement de la deuxième moitié du XIX[e] siècle, le seul traitement que l'on appliquait au corps fibreux de l'utérus, était le traitement médical.

Dieffenbach, en 1826 (2) et Lizars en 1835, croyant avoir à faire à un kyste ovarique, tentèrent la laparotomie, mais quand ils virent qu'il s'agissait en réalité de fibromes utérins, ils refermèrent l'abdomen.

Le 12 janvier 1863, Spencer Wells (3) fit, pour la première fois, l'énucléation abdominale d'un fibrome utérin. Spiegelberg en 1874 (3) en fit la seconde, ce dernier énucléa le fibrome, draina la cavité et sutura la plaie abdominale ; la malade succomba le 16[e] jour, à la suite d'une péritonite d'origine septique.

Mais ce n'est qu'à partir de 1880 que cette opéra-

(1) P. Delbet, Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, vol. VIII, p. 179.

(2) Hégar et Kaltenbach. Traité de gynécologie opératoire ; traduct. française 1885, p. 344.

(3) Cité par Zweifel in « Die Stielbehandlung bei Myomectomie ». S. 82.

(4) Die Diagnose der cystischen Myome des Uterus ; in Arch. für Gynæk. B[d] VI, S. 341.

tion commence à se généraliser grâce au professeur A. Martin de Berlin ; c'est lui le premier qui en 1880 fait de *propos délibéré*, l'énucléation abdominale, d'un fibrome utérin sous-muqueux qu'il ne pouvait pas enlever par l'énucléation vaginale (1), l'opération réussit parfaitement et la malade guérit. Depuis. A. Martin est devenu le défenseur le plus enthousiaste de cette méthode, et nous le voyons la défendre successivement en 1884 devant le Congrès de Magdeburg (2) avec une première statistique de 8 énucléations abdominales ; en 1890, avec une deuxième statistique comprenant 96 cas d'énucléation (3) et enfin, en 1893 avec sa dernière statistique qui monte déjà à 141 énucléations abdominales (4).

En dehors de Martin, nous avons une énucléation abdominale faite par Mœricke en 1882 (5) ; puis Schrœder qui montre, en 1883, devant la société de gynécologie de Berlin (6) un énorme fibrome enlevé par l'énucléation après laparatomie ; en 1884, Küter (7) fait une opération analogue et sauve sa malade.

Puis, toujours en Allemagne, cette opération trouve crédit auprès de Hager 1886 ; Nagel 1886 ;

(1) Burckardt, Deutsche mediz. Wochenschrift, 1880, n° 27, S. 357.

(2) 57 te Versammlung deutcher Naturforscher, Magdeburg 1884.

(3) In Ztschr. für Geburtsh. 1890 . B[d] 20. S. 12.

(4) Martin ; V. deutsch. gynæk. Congress. Breslau, 1893, S. 245.

(5) Mœricke : Ztsch. für Gynæk. 1882, B[d] 7. S. 418.

(6) Schrœder ; Soc. de Gynéc. de Berlin, mai 1883.

(7) Küter, Cntrbl. für Gynäk. 1884, n° 1.

Czempim 1886 ; Weil 1887 ; Fränkel 1888 ; Freund 1888 ; Ascher 1890 ; Bukowsky 1890 ; Simon Jules 1894 ; Müller 1895 ; Obshansen 1895 ; Blum 1896 ; Bierner 1897 ; Amann 1899 et Treub 1899.

En dehors d'Allemagne, l'énucléation abdominale a été exécutée :

En Suisse, par Krœnlein 1890 et par Vulliet 1894.

En Autriche, par Bandl 1888 ; Chrobak 1894 ; Schauta 1895 ; Schultz de Buda-Pest 1897.

En Russie, par Gelstrœm, de Moscou 1883 et par En5strœm 1892.

En Angleterre, par Werder 1893 ; Kelly 1892 ; Stavely-Albert 1894 ; Etheridje 1894 ; Dudley 1894 et P. Noble 1897.

Enfin, *en France*, le premier qui a fait l'énucléation abdominale pour fibromes a été Jaboulay qui en 1889 enlève chez une malade 9 fibromes intestitiels. En 1890, M. Bouilly énuclée un énorme fibrome remontant jusqu'à l'ombilic, En 1891, nous avons les observations de Doléris, publiées par lui-même et par Chevrier d'Ottawa. En 1896, Daniel Témoin (de Bourges) publie ses premières cinq observations sur l'énucléation abdominale. En 1898, M. Ricard nous donne l'observation de sa première énucléation, la malade devient ensuite enceinte. Enfin, en 1899, nous trouvons les observations du professeur Duplay de Clado, les cinq nouvelles énucléations de Témoin et les 12 observations de M. Tuffier.

Observations

SUR LES CAS D'ÉNUCLÉATION ABDOMINALE,
PUBLIÉS JUSQU'A CE JOUR

A. Martin, de Berlin, est encore le premier à nous donner une statistique sur l'énucléation abdominale.

Sa première énucléation date de 1880 (1) et en 1884, devant le Congrès de Magdeburg (2), il apporte ses premières 8 observations sur l'énucléation (avec 3 décès) ; en 1890 (3) il nous donne une statistique portant sur 96 cas d'énucléations abdominales, et enfin en 1894 (4) une autre et dernière statistique qui cette fois s'élève à 141 cas, avec 26 décès, soit une mortalité de 18 o/o.

Toutes ses opérées ont été revues par lui *longtemps* (10 à 12 ans), après l'opération, et il n'a remarqué que 4 récidives sur ses 141 cas.

(1) Burckardt. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1880, nº 27, S. 357.

(2) Verhandlungen der gynæk. Section der 57 ten Versammlung deutscher Naturforscher, Magdeburg 1884.

(3) In Ztschr. für Geburtshülfe. 1890, vol. 20, S. 12.

(4) Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Gynæk ; 5tes Congress Breslau. 1893, S. 245.

Deux de ses opérées sont devenues enceintes.

Dans ses premières opérations il faisait toujours le drainage de la cavité utérine, mais depuis il l'a complètement délaissé, le regardant comme une source d'infection ; il préfère ne pas inciser la muqueuse utérine.

Nous avons dit qu'il a eu une mortalité de 18 o/o ; or, beaucoup de chirurgiens rejettent l'énucléation abdominale, en se basant sur cette statistique vieille de 10 ans, avec sa mortalité élevée, et en la comparant aux statistiques *récentes* fournies par les autres opérations sur l'utérus ; il est évident que dans ces conditions la mortalité dans l'énucléation, parait très élevée, et elle paraîtra même de plus en plus élevée ; car ces 18 o/o de mortalité de Martin, resteront toujours identiques à eux-mêmes, tandis que la mortalité dans les autres opérations sur l'utérus décroîtra avec les progrès de l'asepsie.

Mais si l'on prend la peine de comparer cette statistique, aux statistiques des autres opérations sur l'utérus pratiquées *à la même époque*, on trouve que c'est encore l'énucléation abdominale qui reste la moins grave.

Voici par exemple les statistiques des autres opérations sur l'utérus faites par A. Martin lui-même, et à la même époque que ses énucléations abdomiminales (1).

(1) Ztschr. für Geburtsh. 1890: B. 20, S. 12.

Il a fait :

31 énucléations vaginales avec 6 décès, soit une une mortalité de 19.3 o/o ;

9 hystérectomies vaginales avec 2 décès, soit une mortalité de 22.2 o/o ;

et 135 hystérectomies abdominales avec 46 décès, soit une mortalité de 33.3 o/o.

Par conséquent, entre les mains du même chirurgien et dans les mêmes conditions d'asepsie et d'antisepsie, c'est encore l'énucléation abdominale qui donne la mortalité la moins élevée.

Voici de même les statistiques de Wehmer et de Zweifel telles que nous les donne M. Pozzi (2).

Wehmer a eu sur ses hystérectomies supra-vaginales :

A pédic. extra périt. une mortal. de 24 o/o
» intra » » » 28 o/o

Zweifel a eu sur ses hystérectomies supra-vaginales :

A pédic, extra périt. une mortal. de 22.3 o/o
» intra » » » 32.7 o/o

Eh bien, n'est-ce pas l'énucléation abdominale qui est encore la moins grave ?

Ceci dit, nous allons donner toutes les observations publiées sur cette question, tant à l'étranger qu'en France ; nous les résumerons ensuite dans une statistique qui pourra être comparée à toute autre statistique des opérations faites sur l'utérus pour fibromes, même la plus récente.

(1) Pozzi. Traité de gynécologie, 1897, p. 368.

Pour faciliter les recherches, nous donnerons les noms des chirurgiens qui se sont occupés de cette question, suivant l'ordre alphabétique.

1. *Albert E.*, de Vienne (Autriche) (1), a fait 4 fois l'énucléation abdominale pour fibromes, avec 4 guérisons.

2 — *Alexander William,* de Londres (2), donne au Congrès d'Amsterdam, de 1899, sa statistique de 25 énucléations abdominales, avec 25 succès.

Il a enlevé chaque fois 2, 3, et 5 fibromes et une fois même 25 noyaux de sur un même utérus, et il ajoute que cette opération est de beaucoup moins grave que l'hystérectomie.

Ses malades ont toutes été revues, et jamais il n'a observé de récidive.

3. — *Amann Junior*, de Munich (3), a eu l'occasion de faire une énucléation abdominale chez une femme mariée stérile depuis 8 ans ; la malade guérit et devient enceinte, mais tombe dans un escalier et fait une fausse couche. Elle redevient ensuite enceinte une deuxième fois et accouche normalement d'un enfant bien portant. De ce moment elle est enceinte pour la troisième fois.

4. — *Ascher S.*, de Berlin (4), a fait 10 fois l'énucléation abdominale avec 1 décès.

(1) Albert E. Wiener mediz. Presse, 1888, n° 16.

(2) Alexander W. 3e Congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Amsterdam, août 1899.

(3) Amann Junior, Ueber die operative Behandlung der Myome, 8es gynäk. Congrès, Berlin, 1899.

(4) Ascher S. Zur Casuistik der Myomopération, Ztschr. für Geburtsh. 1890, B. 20, S. 307.

La femme qui a succombé était enceinte, et dans un état général très grave (vomissements, insomnie, grand amaigrissement) ; elle accouche d'un enfant asphyxié et a, à la suite de cet accouchement, une hémorragie foudroyante qui oblige à lui faire la délivrance artificielle ; les jours suivants elle vomit, fait de l'infection puerpérale et a, le 7e jour de son accouchement 39°2 de température, c'est dans ces conditions qu'Ascher l'opère, la malade succombe le lendemain.

Ce décès ne doit donc pas être mis sur le compte de l'opération, et on peut dire que la mortalité expurgée est égale à zéro.

L'une de ces 10 opérées, accouche 3 ans après l'opération, d'un enfant normal, bien portant. Toutes ces malades ont été revues longtemps (4, 5 ans) après l'opération, toutes allaient bien ; aucune récidive.

3 fois sur les 10 cas il a enlevé des fibromes gros comme une tête d'adulte, et une fois un fibrome dépassant l'ombilic.

5. — *Bandl*, de Vienne (Autriche) (1), fait chez une femme de 22 ans, l'énucléation d'un énorme fibrome remontant jusqu'au diaphragme, la malade guérit, les suites opératoires sont très bonnes.

Bandl a l'occasion de revoir sa malade 4 ans après ; aucune récidive, elle va très bien et est régulièrement réglée.

6. — *Bierner R.*, (de Bonn.) (2), a enlevé par l'énucléation abdominale un énorme fibrome, chez une femme

(1) Bandl, Laparotomie, Enucléation mit Erhaltung beider Ovarien und Tuben, Wiener med. Blætter, 1888, n° 33.

(2) Ein fall von Enucléation eines interstiellen Myom's bei bestehender Schwangerschaft ; Centrbl f. Gynæk. 1897, n° 20, S. 563.

de 40 ans, enceinte ; la femme guérit ; la grossesse continue, arrive à terme, mais l'enfant naît maceré.

Bierner ne croit pas que la mort de l'enfant soit due à l'opération car, dit-il, la mère a senti remuer son enfant pendant cinq semaines après l'opération.

7. — *Blanc* (1) a enlevé par l'énucléation, chez une malade 7 fibromes interstitiels. — La malade guérit et n'eût aucune récidive.

8. — *Bland-Sutton*, de Londres (2), a fait 8 énucléations par laparatomie, avec 8 succès. — Aucune récidive.

9. — *Blum R.*, de Leipzig (3), a eu sur 9 énucléations abdominales un insuccès, chez une femme de 64 ans, qui succombe 15 jours après l'opération à un sarcome utérin. — Blum se demande si, vu l'âge de la malade et la rapidité de la récidive, le soi-disant fibrome n'était pas en réalité un sarcome, qui aurait ainsi récidivé.

10. — *Bouilly* (4) a enlevé en partie par l'énucléation abdominale, en partie par l'énucléation vaginale, un énorme fibrome remontant jusqu'à l'ombilic. La muqueuse utérine a été incisée; suture de la plaie utérine sans drainage à travers le canal cervical ; guérison 3 semaines après.

11. — *Braun, Karl von* (5) a opéré 8 femmes par l'énu-

(1) Blanc, Loire médicale, 15 avril 1899.

(2) Bland-Sutton, British. medica Journ. 1898, t. I, p. 1329.

(3) Blum, Welche ist die beste Myomopération ? Ztschr. f. Geburtsh, 1896. Bd 35, S. 123.

(4) Bouilly, Mercredi Médical, 1890, n° 18.

(5) In Handbuch der Gynækologie von J. Veit, 1897, Bd II, S. 654.

cléation abdominale, toutes les 8 sont guéries. 7 fois sur les 8 il n'a pas ouvert la muqueuse utérine. Une de ses malades était enceinte pendant l'opération, la grossesse a continué et l'enfant est né à terme.

12. — *Brennecke* (1) a pratiqué 14 fois l'énucléation abdominale avec 2 décès, dont l'un par septicémie et l'autre par obstruction intestinale (iléus) et donc non imputable à l'opération. — Chez la malade qui a succombé à l'infection, les fibromes étaient compliqués de dégénérescence kystique des ovaires et d'adhérences très intimes au péritoine et à l'intestin ;—l'opération,extrêmement difficile, dura 2 h. 1/2.

13. — *Bukowsky R.* de Hambourg (2), relate son cas d'énucléation abdominale d'un fibrôme dépassant l'ombilic, chez une vierge jeune ; la malade guérit complètement.

14. — *Chévrier d'Ottawa* (3), nous donne une statistique de 6 énucléations abdominales faites par M. Doléris ; les 6 malades guérirent ; toutes ont été revues, on n'a jamais pu constater de récidive.

15. — *Clado* (4), a énucléé 7 fibromes chez une malade ; la femme guérit très bien ; aucune récidive. — L'opération a été faite en ville.

(1) Brennecke, Beitrag zur Frage der Myomotomie; Ztschr. für Geburtsh. 1894. Bd, 28.

(2) Bukowsky, Ueber Enucléation solider Uterusmyomen ; Cntrbl für Gynæk. 1890, S. 638.

(3) Chévrier, Enucléation des fibromes utérins par la voie abdominale ; nouv. archives d'obst. 1891, p. 201.

(4) In Ferendinos, Th. de Paris, 1900.

16. — *Chrobak R.*, de Vienne (Autriche) (1), a fait 6 énucléations abdominales à son hôpital et 3 en ville ; sur les 9 cas il a obtenu 9 guérisons complètes.

17. — *Doléris* (2), nous donne en dehors des 6 énucléations publiées par Chévrier d'Ottawa, deux nouvelles observations d'énucléation chez deux sœurs ; toutes deux guérirent complètement.

18. — *Dudley S.-C.*, de Chicago (3) a fait en ces deux dernières années 25 énucléations abdominales avec 25 guérisons. Il recommande chaudement cette méthode.

19. — *Duplay* (4), a opéré 2 malades par l'énucléation abdominale, à l'une, il a enlevé 5 fibromes interstitiels ; ces deux malades guérirent ; et il a eu l'occasion de faire chez l'une d'elles une nouvelle laparotomie pour une annexite gauche ; à l'ouverture du péritoine, il trouve l'utérus normal et la cicatrice de l'ancienne opération insignifiante ; aucune récidive.

Le Professeur Duplay recommande de ne pas ouvrir la muqueuse utérine ; et, si on l'a ouverte accidentellement de la stériliser au thermo, de la suturer et de drainer à travers la cavité utérine ; par conséquent il ne draine qu'en cas d'ouverture accidentelle de la cavité utérine.

(1) Chrobak ; Wiener klin. Wochenschrift, 1894, n° 52, S. 977.

(2) Doléris, fibromes multiples de l'utérus traités par l'énucléation ; nouv. arch. d'obst., avril 1891.

(3) Dudley, Myomectomy as a substitute for hysterectomy ; in Boston medic. and surgical, Journ. 1894, V. 131, n° 12.

(4) In Ferendinos, th. de Paris, 1900.

20. — *Engstrœm Otto* d'Helsingfors (1), présente en 1892 au Congrès de Bruxelles une première statistique portant sur 21 énucléations abdominales ; en 1897 une deuxième (2), qui monte à 100 cas ; enfin tout récemment, au Congrès d'Amsterdam (3) il nous donne une dernière statistique, qui comprend le chiffre respectable de 180 énucléations par la voie abdominale.

Sur ces 180 cas il n'a eu que 8 insuccès dont il faut retrancher :

a) Une malade (obs. 24) morte par intoxication carbolique contractée un jour *avant* l'opération ; la malade meurt d'urémie, suite de cette intoxication ; à l'autopsie on ne trouve aucune hémorragie du côté de la plaie utérine, et pas trace de péritonite.

b) Une deuxième malade (obs. 100) morte à la suite d'une entérite aiguë (grave épidémie en ville à ce moment) ; à l'autopsie on trouve des ulcérations et des taches hémorragiques le long du côlon et de l'ilion ; aucune trace de péritonite et pas la moindre hémorragie du côté de la plaie utérine.

c) Une troisième malade enfin, morte par syncope chloroformique.

Donc, sur 180 opérées, 5 décès.

L'âge de ses opérées variait de 28 à 64 ans.

Le nombre des fibromes à enlever d'un même utérus était de 2 à 5, quelquefois plus, et une fois même 22.

(1) Engström ; Congrès internat. de gynéc. et d'obst. Bruxelles, 1892, p. 479.

(2) Engström, Mittheilungen aus der gynæk. Klinik, 1897, Bd I. H. I.

(3) Engström; Congrès d'Amsterdam 1899, in Sem. médicale, août 1899.

Toutes ses opérées ont été revues plusieurs années après l'opération ; il a bien observé quelquefois une repululation de la tumeur, mais jamais au point d'être forcé à intervenir une deuxième fois.

Jamais, sur ses 180 malades, il n'a observé la dégénérescence maligne consécutive.

Enfin, il a vu 9 de ses malades opérées, devenir enceintes, dont une au bout de 7 années de stérilité ; 4 ont avorté et 5 ont accouché à terme.

Les suites opératoires ont toujours été excellentes.

21. — *Etheridje,* de New-York (1), a énucléé un fibrome par le ventre, chez une femme de 47 ans ; la malade guérit, mais a eu une récidive.

22. — *Flaischlen* (2) fait l'énucléation abdominale pour un fibrome chez une femme enceinte de 3 mois. La malade guérit, la grossesse continue et la femme accouche à terme d'un enfant vivant.

23. — *Frænkel Ern.*, de Breslau, publie en 1887 une première observation d'énucléation abdominale suivie de guérison (3), et en 1888 une deuxième observation suivie elle aussi de guérison (4).

24. — *Freund H.-W.*, de Strasbourg (5), a enlevé, par

(1) Etheridje, A case of removal of uterine myofibroma by enucleation ; in Journ. of the american med. Assoc., 1894, n° 5.
(2) Flaischlen, Cntrbl. für Gynæk. 1892, S. 185.
(3) Frænkel, Breslauer Ztschr., 1887, n° 4.
(4) Frænkel, Breslauer Ztschr., 1888, n° 18.
(5) Freund, Ueber Entfernung submucöser Myome, Cntrbl. für Gynæk., 1888, n° 49.

l'énucléation, chez une malade, 3 gros fibromes utérins ; la malade guérit, les suites opératoires ont été très bonnes.

Freund propose qu'on incise toujours et de *propos délibéré* la muqueuse utérine, afin de pouvoir drainer à travers le canal cervical.

25. — *Frommel*, de Munich (1), a énucléé un fibrome chez une femme enceinte de 4 mois, la femme guérit et accouche à terme d'un enfant vivant.

26. — *Gelstrœm*, de Moscou (2), rapporte une observation d'une jeune fille vierge (20 ans), chez laquelle il a enlevé par l'énucléation abdominale, un fibrome gros comme une tête d'adulte. — La malade guérit.

27. — *Guinard* (3) relate un cas d'une femme enceinte de 3 mois à laquelle il a énucléé par la laparotomie un fibrome utérin ; la femme guérit et accouche à terme d'un enfant bien portant.

28. — *Hager* (4) a enlevé par l'énucléation abdominale, un fibrome pesant 1750 gr.; la femme âgée de 23 ans, guérit complètement.

29. — *Hégar* a énucléé un fibrome chez une femme qui est devenue ensuite enceinte, comme le rapporte Martin au Congrès de Berlin (5).

(1) Frommel, Münchner mediz. Wochenschrift, 1893, n° 14, S. 261.

(2) Gelström, Enucleation von Uterusmyome ; St-Petersburger mediz. Wochenschrift, 1883, n° 32, S 257.

(3) Guinard, Congrès franç. de chirurgie, 1893, p. 146.

(4) Hager, Cntrlbl. für Gynæk. 1886, n° 40.

(5) Martin, Congrès internat. de Berlin, 1890, refer. in Centrlbl. für Gynæk. 1890, Beilage. S. 165.

30. *Jaboulay*, de Lyon, rapporte en 1891 (1) son cas d'énucléation par laparotomie de 9 fibromes interstitiels de l'utérus ; la malade guérit. — En 1893, il nous donne deux nouvelles observations (2) d'énucléation, les 2 malades guérissent.

31. — *Kelly Howard*, de Baltimore. — Devant le Congrès d'Amsterdam, Baldy (3) dit que Kelly a fait dans ces 7 dernières années 97 énucléations abdominales, sans aucun décès. — Sur ses 97 opérées, toutes revues, il a eu 2 récidives. — Le nombre des fibromes enlevés de sur un utérus variait ; une fois il en a enlevé 17 noyaux chez la même malade. — Parmi ses malades, nous dit Stavely (4), il y avait deux femmes enceintes pendant l'opération, l'une de deux mois, l'autre de trois mois, toutes deux ont accouché à terme d'enfants vivants.

32. — *Krœnlein* (de Suisse) (5) a fait une énucléation par le ventre chez une femme âgée de 26 ans ; la femme guérit et accouche un an après d'un enfant vivant.

Depuis cette même malade a encore accouché deux fois toujours normalement, comme le relate Müller (6) au Congrès de Berlin.

(1) Jaboulay, Lyon médical, 1891, p. 374.

(2) Jaboulay, Médecine moderne, 1893, nº 12.

(3) Baldy, Congrès de gyn. et d'obst., tenu à Amsterdam, 1899.

(4) Stavely, New-York Journ. of gynec. and obst. 1894, vol. 4, p. 667.

(5) Krönlein, Centrlbl. für Gynæk. 1890, nº 48.

(6) Müller, 24tes deutsch. Chirurgen-Congress, Berlin, 1895. S. 160. I. Theil,

33. — *Krüssen Wilmer*, de Philadelphie (1) a fait 6 fois l'énucléation abdominale avec 6 guérisons ; les suites opératoires ont toujours été très bonnes et la convalescence rapide.

34. — *Küstner* (2) a eu sur 6 énucléations abbominales 1 décès ; mais ce décès est dû aux fils septiques employés dans cette opération, comme l'ont prouvé les recherches bactériologiques et les cultures des fils.

On ne peut donc pas mettre ce décès sur le compte de l'opération.

35. — *Müller*, Aachen (3), a opéré une jeune femme de 25 ans par l'énucléation abdominale ; la femme guérit et un an après elle devient enceinte ; la grossesse arrive à terme, l'enfant allait bien, mais meurt malheureusement au dernier moment par 3 circulaires autour du cou, le médecin étant arrivé trop tard.

36. — *Noble P.*, d'Amérique (4), publie 5 cas d'énucléations abdominales, avec 5 guérisons.

37. — *Olshausen R...* (5) a fait 38 énucléations par la laparatomie avec 3 décès dont un par tétanos et donc non imputable à l'opération.

(1) Krüssen, conservative surgical treatement of uterine fibroids, The american gynecol. and obst. Journ. 1898.

(2) Küstner, Ueber peritoneale Enucleation, Petersb. Wochenschr., n° 13.

(3) Müller, loco. cit.

(4) Noble. L'hystérectomie pour fibromes en Amérique, Annales de gynéc. 1897, vol. 48.

(5) Olshausen, in Handbuch der Gynæcologie von J. Veit 1897, Bd. II, S. 607.

Olshausen a complètement rejetté le drainage de la poche utérine ; sur ces 38 opérations il n'a ouvert qu'une seule fois le canal utérin, et dans ce cas il sutura immédiatement la muqueuse utérine et ne fit aucun drainage ; la malade guérit.

Il n'emploie pas le drainage du petit bassin non plus ; sur ses 800 dernières laparatomies il n'a pas drainé une seule fois.

38. — *Pauchet V.*, d'Amiens (1), a eu sur 3 énucléations abdominales, 3 guérisons.

39. — *Prochownick* a fait 10 fois l'énucléation abdominale avec un décès (2).

40. — *Queirel*, rapporte au Congrès de chirurgie un cas d'énucléation abdominale suivie de guérison (3).

41. — *Ricard*, relate en 1898 (4) une première énucléation suivie de grossesse et accouchement à terme ; en 1899 (5) il nous donne 3 nouvelles observations d'énucléation, dont une chez une vierge de 26 ans, les 3 malades guérirent; depuis il a fait 2 nouvelles énucléations (6) avec 2 guérisons.

En tout donc, 6 énucléations avec 6 guérisons et une grossesse consécutive.

(1) Pauchet. Traitement des fibromes utérins, Gazette de gynécol. janv. 1900.

(2 In Handbuch der Gynæk. von J. Veit 1897, Bd. II, S. 654.

(3) Queirel. Congrès français de chir. Paris 1893.

(4) Ricard, traitement des fibromes utérins, Gazette des hôpitaux, 1898, n° 83.

(5) Ricard, 3e congrès français de chirurgie, Paris 1899.

(6) Ricard, In Ferendinos, thèse de Paris, 1900.

42. — *Schauta*, de Vienne (Autriche) (1), publie une statistique de 18 énucléations abdominales avec 4 décès, dont un par pneumonie (hépatisation grise) et un par embolie cardiaque démontrées à l'autopsie.

Donc 18 cas avec une mortalité expurgée de 2, dont un décès par septicémie et l'autre par hémorragie post-opératoire.

43. — *Schrœder* rapporte en 1885 (2) un premier cas d'énucléation suivie de guérison, puis, la même année, un deuxième cas, avec une guérison complète et une convalescence idéale (3).

44. — *Schultz*, de Buda-Pest (4) nous relate un cas d'énucléation abdominale faite pendant une grossesse, la malade guérit, la grossesse continue, et l'accouchement se fait à terme.

45. — *Schultze*, de Jena, a fait 3 fois l'énucléation par laparotomie, les 3 malades guérirent. Nous trouvons relaté ces observations dans la thèse de Leiter (5).

46. — *Simon Jules*, de Münich (6), présente un fibrome qu'il a énucléé par l'abdomen ; la femme guérit.

47. — *Smyly W.*, de Londres (7), a fait 5 énucléations abdominales avec 5 guérisons.

(1) Schauta, Klinischer Bericht von 1000 Bouchöhhlen-Opérationen von Aug. Herzfeld, Wien, 1895, S. 62.
(2) Schrœder, Centrlbl. fur Gynæk. 1885, n° 24, S. 377.
(3) Schrœder, Centrlbl. für Gynæk, 1885, n° 48, S. 763.
(4) Schulz, Cntrlbl für Gynæk, 1897, B. 21, S. 137.
(5) Leiter, Inaug. Dissert. Jena 1889.
(6) Simon, Münchner mediz. Wochenschr. 1894, S. 661.
(7) Smyly W. British. medic. Journ. 1898, vol. 1, p. 1329.

48. — *Stavely Albert*, de New-York, nous relate deux observations de femmes enceintes, auxquelles il a énucléé des fibromes par la laparotomie, pendant leur grossesse. Toutes deux guérirent et toutes deux accouchèrent à terme d'enfants vivants (1).

49. — *Témoin Dan.*, de Bourges, nous donne en 1896, une statistique de 26 opérations conservatrices pour fibromes utérins (2) sur ces 26 observations nous relevons 5 énucléations abdominales, suivies toutes de guérison.

En 1900 (3), nous trouvons 5 autres énucléations faites par lui, les 5 malades guérirent.

Sur ces 5 dernières malades, l'une était enceinte pendant l'opération, elle guérit, sa grossesse continue et elle sort de l'hôpital bien rétablie ; mais 3 semaines après sa sortie, elle fait une fausse couche, sans aucune complication du reste ; l'année suivante elle redevient enceinte et cette fois accouche à terme d'un enfant bien portant. M. Témoin est convaincu que si la malade avait gardé le repos, elle eût atteint le terme de sa première grossesse.

Une autre de ses malades devient enceinte 4 mois après l'opération et accouche à terme d'un enfant vivant.

Donc en résumé, 10 énucléations avec 10 guérisons, 2 femmes deviennent enceintes après l'opération, et une enceinte pendant l'opération fait une fausse couche.

50. — *Thiem* (4), a fait l'énucléation par laparatomie

(1) Stavely Alb. New-York, Journal of gyn. and obst. 1894, vol. IV, p. 667.

(2) Témoin. Ablation des fibromes par voie abdominale. Arch. prov. de chirurgie, 1896, p. 419.

(3) Témoin. In Ferendinos, th. de Paris, 1900.

(4) Thiem. Cntrlbl. für Gynæk. 1887, n° 47, S. 753.

chez une femme de 47 ans qui présentait des phénomènes d'une péritonite aiguë ; la malade guérit, les suites opératoires ont été très bonnes.

51. — *Treub Ector*, d'Amsterdam (1), a eu sur ses 10 énucléations abdominales un décès ; il est très partisan de cette opération.

52. *Veit*, de Berlin, nous donne en 1887 (2) une première observation d'énucléation abdominale pour un fibrome gros comme une tête d'adulte ; la malade guérit. — En 1900 il nous donne une deuxième observation d'énucléation suivie, elle aussi, de guérison (3).

53. — *Vulliet*, de Genève (4), a fait une énucléation abdominale pour fibrome, et la malade guérit ; mais plus tard il a du lui faire une hystérectomie sus-vaginale pour une récidive.

54. — *Werder*, de Pittsburg (Russie) (5), opère une femme par l'énucléation abdominale ; la femme guérit, devient ensuite enceinte et accouche à terme d'un enfant vivant.

(1) Treub. Congrès d'Amsterdam, 1899.
(2) Veit. Cntrlbl. für Gynæk. 1887, nº 47, S. 753.
(3) Veit. Berliner klin. Wochenschrift, 1894, S. 748.
(4) Vulliet. Ann. de gynécologie, 1894, vol. 42, p. 344.
(5) Werder. 24 tes, deutsch. Chirurgen-Congress Berlin, 1895.



Observations

(INÉDITES).

OBSERVATION I (inédite), (service de M. Tuffier.)

Kyste hydatique de l'intestin grêle. — Kyste hydatique rompu dans le péritoine. — Fibromes de l'utérus. — Extirpation du kyste. — Enucléation des fibromes. — Guérison.

Gr... Julie, 26 ans, ménagère, entrée le 2 novembre 1899. Opérée le 4 nov. 1899. Sortie le 27 novembre 1899.

Antécéd. héréd. — Rien à signaler.

Antécéd. pers. — Réglée pour la première fois à 13 ans 1/2, règles abondantes, régulières, douloureuses ; pertes blanches, 2 jours avant chaque époque ; elles deviennent continuelles le dernier temps. Ses dernières règles datent du 20 septembre 1899.

Hist. de la maladie. — Le 7 octobre, la malade en s'habillant a senti un craquement dans l'hypochondre gauche, elle s'est évanouie, ensuite vomissements, algidité et douleurs très vives dans tout le ventre, qu'on calme par application de glace.

Les jours suivants, la malade a perdu du sang par le vagin, et n'a presque plus souffert ; mais le 28 octobre, elle commence de nouveau à souffrir, surtout dans la fosse iliaque

du côté gauche ; elle a des vomissements bilieux et 39° de température.

Elle entre dans le service de M. Bonnaire, à Lariboisière qui, quelques jours après, devant l'aggravation de ces symptômes, prie M. Tuffier d'intervenir ; et la malade est alors transportée, le 2 novembre 1899, dans le service de M. Tuffier, salle Elisa-Roy.

Examen. — La palpation révèle un utérus énorme et une volumineuse tumeur, remontant jusqu'à 3 travers de doigts au-dessous de l'ombilic ; cette tumeur est très mobile.

Le toucher vaginal montre un col dur à orifice arrondi, et une grosse masse dans le cul-de-sac postérieur.

La malade perd en rouge et présente des poussées de péritonite.

Diagnostic. — Vu ces signes et le début brusque, MM. Bonnaire et Tuffier diagnostiquent une grossesse extra-utérine rompue, et décident à intervenir.

Opération. — L'opération est faite par M. Tuffier le 4 novembre 1899. Laparotomie, qui conduit d'abord sur un kyste a contenu transparent du volume d'un poing, suspendu à une anse grêle sans aucune autre connexion ; M. Tuffier l'isole, l'enlève sans l'ouvrir, et répare la brèche péritonéale par une suture, qui l'accole à la musculeuse.

La tumeur enlevée, on voit une quantité de membranes blanches, ressemblant à des hydatides flétries, éparses dans le petit bassin et confluentes dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans ces conditions, M. Tuffier fait une toilette complète du péritoine et du cul-de-sac postérieur, et enlève ainsi les débris d'un kyste hydatique rompu dans la cavité péritonéale, et dont la plus grande partie s'est rassemblée dans le cul-de-sac de Douglas. Ensuite, examen de l'utérus qu'on trouve très volumineux, et la malade étant mise dans la po-

sition inclinée, on découvre une grosse masse fibreuse pédiculée, qu'on enlève après avoir lié son pédicule ; puis on tombe sur un deuxième fibrome, interstitiel celui-ci, de la paroi postérieure ; M. Tuffier incise cette paroi sur sa ligne médiane et énuclée le fibrome.

Suture de la plaie utérine en 2 plans, comme d'habitude l'un profond, l'autre superficiel, tous deux au catgut.

La muqueuse utérine n'a pas été ouverte et par conséquent pas de drainage, à travers le canal cervical.

On enlève ensuite l'annexe gauche malade et l'on conserve l'annexe droite.

Enfin, on suture la paroi abdominale au crin de Florence. Aucun drainage.

Suites opératoires. — Le 5 novembre pas de température.

Le 6 novembre, température 37,6°, état général bon.

Le 7 novembre, nouveau pansement,

Le 14 novembre, la malade va très bien.

Le 27 novembre, la malade quitte l'hôpital, complètement guérie et dans un excellent état de santé.

OBSERVATION II (Tuffier, inédite)

Dûe à l'obligeance de M. le D[r] Défosses

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. — Enucléation par laparatomie. — Guérison.

Fl. L., 37 ans ; entrée le 9 janvier 1900 ; opérée le 12 ; sortie le 10 février 1900.

Antécéd., héréd. — Père mort asthmatique ; mère morte d'accidents cérébraux.

Antécéd., pers. — Dans sa jeunesse fièvres intermittentes et fluxion de poitrine.

Réglée pour la première fois à 14 ans, règles abondantes, régulières, mais douloureuses.

Elle a eu 2 enfants, tous 2 nés à terme sont bien portants.

Hist. de la maladie. — Il y a 18 mois, la malade commence à avoir des douleurs dans le ventre, douleurs qui s'iradient le long des cuisses et dans les reins ; à partir de ce moment, les règles qui duraient une huitaine de jours deviennent presque continuelles, et au moment des époques, les douleurs sont telles, que la malade est obligée de garder le lit pendant 2, 3 jours.

Depuis ces derniers mois la malade a remarqué qu'elle perdait de gros caillots.

Par moment la malade a de fréquentes envies d'uriner ; elle est toujours constipée, surtout à l'époque de ses règles.

Le 9 janvier 1900, la malade entre pour ces douleurs et pertes, au dispensaire gratuit du Boulevard de Clichy.

Examen. — Etat d'anémie très prononcé.

A la palpation on sent une tumeur du volume d'une orange, lisse, qui se trouve sur la ligne médiane et fait corps avec l'utérus ; elle est dure, mobile, et légèrement douloureuse du côté droit, c'est de ce côté aussi que la malade souffre toutes les fois qu'elle est fatiguée. Ganglions dans les deux aines.

Au toucher, on sent le col dur, de volume normal et mobile avec la tumeur. — On ne sent rien dans les culs-de-sacs.

Cœur et poumons sains, ni albumine, ni sucre dans les urines.

Diagnostic. — Le diagnostic de fibrome de la paroi antérieure de l'utérus s'impose. M. Tuffier décide de l'enlever par l'énucléation par laparotomie.

Opération. — L'opération est faite par M. Tuffier aidé par M. le Dr Défosses, le 12 janvier 1900.

Incision de 12 centimètres sur la ligne médiane de l'abdomen, dès l'ouverture de la cavité péritonéale on tombe sur la tumeur. Position de Trendelenburg.

Pas d'hémostase préalable, hystérotomie médiane et énucléation très facile d'une tumeur grosse comme une orange, située dans la paroi antérieure de l'utérus ; la muqueuse utérine est ouverte, M. Tuffier fait par conséquent le drainage à travers le canal cervical, mais comme l'on n'avait pas fait la dilatation préalable de la cavité utérine, on a beaucoup de difficultés à passer un drain en caoutchouc, et on doit se contenter d'y introduire une mèche de gaze, qui est repoussée, à l'aide d'un stylet jusque dans le vagin. Aucune hémorragie, aucune ligature.

L'exploration de l'utérus ne révèle plus rien. On fait alors la suture de la plaie utérine en 2 plans comme d'habitude, l'un profond musculaire au tendon de renne, l'autre superficiel, séro-séreux, à la soie.

Ensuite, suture de la paroi abdominale au crin de florence.

Mèche de gaze dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Suites opératoires. — Le 12 janvier, dans l'après-midi la malade est prise d'une pâleur subite, et de petitesse de pouls, on lui fait une injection de sérum artificiel.

Le 13, on lui retire la mèche abdominale qui est imprégnée de liquide séro-sanguinolent, on remet une autre

mèche ; température normale ; dans la journée la malade vomit sans efforts, on lui met de la glace sur le ventre.

Le 14, les vomissements continuent, le ventre est légèrement ballonné, température 38°, pas de gaz. On change la mèche abdominale.

Le 15, les vomissements persistent, temp. 38°8. Etat général peu bon.

En présence de ces signes de péritonite et comme le drainage par le ventre est insuffisant, on endort la malade et on lui incise son cul-de-sac postérieur dans lequel en laisse un drain en caoutchouc. Une mèche de gaze dans la plaie abdominale, une autre dans le vagin.

Dans la journée la malade se sent très soulagée et les vomissements cessent complètement.

Le 16, température 38°, l'état général s'améliore beaucoup, un lavement amène une selle.

Les jours suivants la température tombe à la normale, la malade va de mieux en mieux.

Le 18, on enlève la mèche abdominale ; temp. 37°.

Le 24, on retire le drain vaginal et la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION III (inédite) (service de M. Tuffier).

5 fibromes utérins interstitiels. — Enucléation abdominale. — Guérison.

T... Renée, 49 ans, ménagère.

Entrée le 24 janvier 1900. — Opérée le 27 javier 1900. — Sortie le 24 février 1900.

Antécéd. héréd. — Rien à signaler.

Antécéd pers. — Bronchites répétées.

La malade a été réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans, toujours très régulièrement. Elle a eu 2 grossesses, la première en 1870, la deuxième en 1877 ; les deux fois elle a accouché à terme, elle a nourri ses enfants qui se portent bien.

Hist. de la maladie. — Il y a 14 mois, elle éprouve quelques douleurs intermittentes dans le bas ventre et dans la fosse iliaque gauche ; depuis, ces douleurs n'ont fait qu'augmenter et c'est surtout au moment des époques qu'elles sont violentes. — Depuis le jour où elle a commencé à souffrir, ses règles sont devenues irrégulières, tantôt en avance, tantôt en retard, et s'accompagnent de caillots ; mais elle n'a ni ménorragies ni métrorragies.

La malade souffre pendant la miction et la défécation.

Elle entre à Lariboisière le 24 janvier 1900, dans le service de M. Tuffier, salle Elisa-Roy.

Examen. — On ne sent rien par le palper abdominal ; le toucher montre un utérus arrondi du volume de deux poings, mobile, lisse. — 12 centimètres de cavité utérine.

Diagnostic. — M. Tuffier diagnostique, fibromes du corps utérin ; et se décide à les énucléer par le ventre.

Opération. — Dilatation du canal cervical la veille de l'opération. L'opération est faite par M. Tuffier le 27 janvier 1900.

Incision de la paroi abdominale, sur une longueur de 10 ctm. ; l'utérus se présente gros comme deux poings, les annexes sont adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas. — Position de Trendelenburg. — Pas d'hémostase préventive. M. Tuffier incise l'utérus le long de la ligne médiane de sa paroi antérieure, et aborde à gauche un premier fibrome

qu'il énuclée, puis plus profondément et sur le côté droit un deuxième fibrome plus gros que le premier, on l'énuclée aussi ; ensuite deuxième incision utérine près du fond, où on trouve un troisième fibrome gros comme un œuf de dinde, puis un quatrième aussi gros que le précédent, profondément à droite ; enfin, troisième incision utérine sur sa paroi postérieure et énucléation d'un cinquième et dernier fibrome ; tous sont énucléés très facilement. — La muqueuse utérine a été entamée. – Grâce à l'incision médiane de l'utérus, on n'a pas la moindre hémorragie artérielle.

On explore attentivement l'utérus et on ne trouve plus rien.

On ouvre alors largement la muqueuse utérine afin de pouvoir passer un drain en caoutchouc à travers le canal cervical, qui avait été dilaté la veille de l'opération.

Puis on procède à la fermeture de la plaie utérine et pour cela on fait d'abord, un premier plan de sutures avec 6 points au tendon de renne, plan profond musculaire ; et ensuite un deuxième plan, plan superficiel à la Lambert avec 8 points à la soie, séro-séreux.

Enfin, suture de la paroi abdominale au crin en un seul plan. — Une mèche de gaze est laissée dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Suites opératoires. — Le 28 janv. on enlève le Micoulicz, et on trouve en arrière de l'utérus du liquide séro-sanguinolent ; la mèche abdominale en est de même imprégnée.

La nuit du 28 au 29, il se produit un peu de ballonnement du ventre, quelques vomissements et le pouls bien que régulier devient faible ; la langue est saburale.

Le 29, incision du cul-de-sac postérieur et introduction d'un drain en caoutchouc. La mèche du canal cervical est changée.

Le 30 janv., pansement abdominal et vaginal ; pas de suppuration ; nouveau drainage.

Le 3 février, on retire la mèche abdominale et on panse à plat ; la mèche vaginale est laissée.

Le 6, il n'y a plus aucune suppuration, l'état général est très bon.

Le 20, la malade dans un état de santé excellent se lève.

Le 24, elle quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION IV (inédite) (service de M. Tuffier).

Utérus en antéversion, fibrome de la paroi antérieure. — Enucléation abdominale. — Guérison

Du... M..., 51 ans, ménagère.

Entrée le 19 mars 1900 ; opérée le 22 ; sortie le 6 avril.

Antécéd. héréd. — Rien à signaler.

Antécéd. pers. — Aucune maladie dans son enfance ; Réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, toujours très bien et très régulièrement. Elle a eu 8 enfants avec des suites de couches très bonnes.

Hist. de la maladie. — La malade souffre depuis 2 ans dans le ventre et dans les lombes, ses règles sont toujours normales ; pas de pertes blanches, pas de ménorragies ni de métrorragies. Elle ne souffre pas en urinant, mais son ventre grossit progressivement.

La malade entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Tuffier, salle Elisa-Roy, le 22 mars 1900.

Examen. — Au palper, on sent l'utérus gros comme deux poings, en antéversion, et une tumeur sur la ligne

médiane faisant corps avec l'utérus ; la tumeur est mobile et ferme.

Au toucher, on sent le corps ulcéré sur une surface large comme une pièce de 2 fr., le canal cervical est entr'ouvert.

Diagnostic. — On pense avoir à faire à un fibrome utérin.

Opération. — L'opération est faite par M. Tuffier le 22 mars 1900.

On dilate d'abord la cavité utérine, afin de pouvoir drainer, si besoin est.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane ; dès l'ouverture de la cavité péritonéale, l'utérus se présente, il est mou et en forte antéversion : on fait l'hystérotomie médiane de sa paroi antérieure, et on tombe sur un fibrome gros comme une mandarine qui est énucléé ; la muqueuse utérine est entamée.

On palpe l'utérus et on ne constate plus aucun autre noyau.

On ouvre alors largement la cavité utérine et on y introduit un drain en caoutchouc qui traverse le canal cervical, et se dirige dans le vagin ; ensuite, suture de l'utérus en 2 plans l'un profond au tendon de renne, l'autre superficiel à la soie, et enfin suture de la plaie abdominale au crin.

On laisse dans l'angle inférieur de la plaie abdominale un drain en métal.

Suites opératoires. — Le 23 mars, temp. 37°, l'état général bon, et il ne sort rien ni par le drain abdominal, ni par le drain vaginal.

Le 6 avril, les derniers pansements sont enlevés et la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION V (inédite) (service de M. Tuffier).

4 fibromes utérins interstitiels. — Enucléation par laparotomie. — Guérison

M. Reg..., 39 ans, couturière, entrée le 18 mars 1900. Opérée le 24 mars 1900. Sortie le 22 avril 1900.

Antécéd. héréd. — Rien à signaler.

Antécéd. pers. — Réglée pour la première fois à 12 ans, elle le fut toujours très régulièrement; elle n'a jamais eu de pertes blanches.

Mariée à 17 ans 1/2, elle a un premier enfant qui se porte bien, puis un second deux ans après, qui succombe à une méningite tuberculeuse ; ensuite elle fait une fausse couche de 4 mois et depuis elle perd continuellement en blanc.

Ses règles deviennent plus abondantes, et plus tard elle perd même dans l'intervalle des règles, et finit à ne plus rester que 8 jours par mois sans perdre ; en même temps, elle souffre d'une douleur assez intense siégeant dans le flanc droit.

En 1889, on lui fait à Necker un curetage pour une métrite hémorragique, après quoi les pertes ont beaucoup diminué.

Hist. de la maladie. — Mais à partir de 1898, les pertes réapparaissent sous forme de ménorragies ; la malade éprouve une pesanteur dans le bas-ventre, et une difficulté pour aller à la garde-robe. Troubles dyspeptiques.

Elle est jaune et profondément anémiée.

La malade entre dans le service de M. Tuffier à Lariboisière, salle Elisa-Roy, lit n° 16, le 24 mars 1900.

Examen. — La paroi abdominale est flasque, la pression profonde révèle une douleur sourde dans le bas ventre, et dans la fosse iliaque droite.

Au-dessus du pubis sur la ligne médiane et à gauche, on trouve une tumeur irrégulière dure, mobile qui occupe presque entièrement la fosse iliaque droite et remonte jusqu'à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, on sent le col mobile, très ouvert transversalement avec sa lèvre antérieure dure.

Rien dans le cul-de-sac postérieur, rien dans celui de droite ; à gauche le cul-de-sac est repoussé par le corps de l'utérus que l'on sent infléchi de ce côté ; enfin dans le cul-de-sac antérieur on trouve une tumeur de la grosseur d'une orange, faisant corps avec l utérus.

Par le palper et le toucher combinés, on mobilise ensemble la tumeur avec l'utérus, et si on repousse la tumeur à droite par la main qui palpe l'abdomen, on sent dans le vagin, le col se diriger en sens opposé.

Diagnostic. — Le diagnostic de fibrome utérin s'impose.

Dilatation de la cavité utérine la veille de l'opération.

Opération. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, on résèque l'épiploon adhérent et on trouve à droite une grosse masse fibreuse, l'utérus irrégulier lui adhère.

On attire l'utérus au dehors, on incise sa paroi antérieure sur la ligne médiane et l'on énuclée le fibrome ; à droite et en bas de l'utérus, on trouve un deuxième fibrome qui est énucléé comme le précédent ; ensuite décortication d'un troisième, qui se trouve à gauche, et d'un quatrième qui

se trouve dans la paroi postérieure. Les trois premiers sont enlevés par la même incision utérine. On a ainsi 4 fibromes, l'un gros comme une orange, l'autre comme une mandarine, et les deux autres comme une noix et une noisette.

Nous avons reproduits ces 4 fibromes par la photographie, que nous joignons à la fin de ce travail. (Les 2 petits fibromes sont réunis ensemble par une épingle).

L'énucléation achevée, et comme la muqueuse a été entamée, on l'incise et on draine à travers le canal utérin, à l'aide d'un drain en caoutchouc ; qui aboutit dans le vagin.

Suture de la plaie utérine en deux plans, l'un profond, au tendon de renne, l'autre superficiel, à la soie.

Suture de la paroi abominale au crin en un seul plan, et drainage abdominal métallique.

Pendant toute l'opération on n'a pas eu la moindre hémorragie, bien qu'aucune hémostase préventive n'a été faite.

Suites opératoires. — Le 26 mai, la malade a 37°8 de température ; on enlève le drain vaginal qu'on remplace par une mèche de gaze.

Le lendemain la température tombe à la normale.

Le 6 avril, il s'écoule de l'utérus un liquide fétide ; on fait des pansements intra-utérins.

Le 12 avril, on continue à panser la malade avec des mèches qui sortent de moins en moins fétides.

La malade va très bien.

Le 22 avril, la malade est complètement guérie et quitte l'hôpital dans un excellent état de santé.

Elle a été revue par M. Tuffier en juin ; elle se porte très bien et est régulièrement réglée.

OBSERVATION VI (inédite) (service de M. Tuffier).

4 fibromes utérins interstitiels. — Enucléation abdominale. — Décès.

B..., 41 ans, entrée le 24 avril 1900. Opérée le 28. Décédée le 3 mai 1900.

Antécéd. héréd. — Rien d'intéressant à signaler.

Antécéd. pers. — Réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans, toujours régulièrement ; pas de pertes blanches.

Mariée à 16 ans, elle a un premier enfant à 17, un 2e à 18 et un 3e à 19 ans ; tous se portent bien. — Les couches ont été normales, les suites de couches très bonnes ; mais, depuis son dernier accouchement elle est moins bien réglée.

En janvier dernier elle a une phlébite des jambes pour laquelle elle s'est fait soigner à Lariboisière.

Histoire de la maladie. — Depuis un an elle a commencé à perdre dans l'intervalle de ses règles ; ces pertes se répètent plusieurs fois par mois, durent 2 à 3 jours et s'accompagnent de caillots.

Elle ne souffre pas et ne présente aucun signe de compression des organes du petit bassin.

Elle entre à Lariboisière, service de M. Tuffier, salle Elisa-Roy, lit n° 15, le 28 avril 1900.

Examen. — Par la palpation abdominale on ne sent rien.

Au toucher on trouve le col en rétroflexion et entr'ouvert transversalement.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une grosse masse dure, qui se prolonge jusque dans le cul-de-sac posté-

rieur ; cette masse fait corps avec l'utérus et remplit le petit bassin de façon que l'utérus est comme enclavé, et ne peut être basculé ni de gauche à droite, ni de droite à gauche.

Le doigt sort du vagin, couvert de sang fétide.

Diagnostic. — Fibromes du corps utérin.

Opération. — L'opération est faite le 28 avril 1900 par M. Tuffier.

On fait d'abord la dilatation préalable de la cavité utérine, afin qu'on puisse drainer à travers le canal cervical, si besoin est.

Laparatomie ; aucune hémostase préalable ; dès l'ouverture de la cavité péritonéale l'utérus se présente ; on incise sa paroi antérieure sur la ligne médiane et on énuclée un fibrome du volume d'une très grosse orange ; ensuite on énuclée 3 autres fibromes gros chacun comme une noix, enchassés dans le tissu utérin.

L'exploration de l'utérus ne révèle plus rien.

Comme la muqueuse utérine a été entamée, M. Tuffier l'incise plus largement, afin de pouvoir passer un drain en caoutchouc qu'il pousse jusque dans le vagin.

Ensuite, suture de la plaie utérine, en 2 plans, l'un profond, l'autre superficiel, et suture de la plaie abdominale au crin en un seul plan.

Drainage par le ventre, à l'aide d'une mèche de gaze laissée dans l'angle inférieur de la plaie. Pas de drainage à travers le cul-de-sac postérieur.

Suites opératoires. — Le 28 avril, au soir, temp. 37°.

Le 29 au matin, 37'4° et au soir 38'3°. Le pouls est régulier, 90 pulsations.

Le 30, le pouls est rapide, la mèche de la plaie abdominale est grisâtre, recouverte de pus. Pas de vomissements, pas de ballonement du ventre ni de douleurs.

Le 1er mai, langue sèche, pouls rapide ; faux pas du cœur ; tempér. 37'4°, le soir 38°, l'état général est mauvais. La malade se plaint d'étouffer ; elle vomit ; le ventre se ballonne.

Le 2 mai, les mèches vaginales sont pleines de pus, l'état général très mauvais. Le pouls filiforme est à 120 ; la langue est sèche ; le ventre très ballonné mais pas douloureux.

L'interne du service fait l'incision du cul-de-sac postérieur qui ne donne issu à aucun liquide. On y introduit un drain en caoutchouc. Après l'opération, tendance à lypothymie.

A midi, injection de 1500 gr. de serum artificiel ; l'état général empire, la malade reste par moment sans connaissance. Elle meurt à 7 h. du soir.

Autopsie. — Nous avons pu faire l'autopsie nous-même et voici ce que nous avons trouvé :

Après l'incision de la paroi abdominale, nous trouvons le péritoine vert, dépoli, épaissi et injecté ; en dessous de lui, les anses intestinales sont très injectées et très distendues par les gaz, leurs parois sont un peu ramollies et la muqueuse couverte d'un mucus purilant. Il y a quelques adhérences fibrineuses entre les anses intestinales ; et dans la cavité péritonéale on voit une quantité de liquide fibrino-purulant ne dépassant pas 200 gr. et dans lequel nagent des flocons fibrineux.

Nous écartons l'intestin en haut, et nous apercevons dans le petit bassin, derrière l'utérus, à peu près un verre à Bordeaux de pus épais et verdâtre ; nous l'enlevons soigneusement à l'aide d'une éponge et cherchons à trouver l'incision du cul-de-sac postérieur, faite la veille ; mais nous ne pouvons constater la moindre ouverture ; on sent bien l'ex-

trémité du drain, dans le cul-de-sac postérieur, mais il est séparé de notre main par toute l'épaisseur du péritoine ; Pour mieux contrôler les choses, nous enlevons l'utérus avec ses culs-de-sac, et nous constatons alors, que le cul-de-sac postérieur a bien été incisé, mais seulement jusqu'au péritoine, qui lui, n'a été que décollé et non incisé.

Evidemment dans ces conditions, le pus contenu dans le petit bassin ne pouvait pas se faire jour à travers le drain, introduit dans le cul-de-sac postérieur.

Du côté de la plaie utérine, nous ne trouvons pas la moindre trace d'hémorragie, mais l'utérus est recouvert de quelques fausses membranes fibrineuses molles.

OBSERVATION VII (Inédite, Tuffier)

Rétroflexion utérine. — Fibrome du fond de l'utérus. — Enucléation et hystéropexie. — Guérison.

Cette malade a été opérée en ville par M. Tuffier qui a bien voulu nous dicter cette observation.

Madame D. S. 27 ans, opérée en ville le 2 mai 1900 ; guérison.

Ant. pers. — Réglée à l'âge de 12 ans, toujours très régulièrement ; elle a eu 2 enfants, l'un âgé aujourd'hui de 9 ans, l'autre de 7, les couches ont été normales et les suites de couches très bonnes.

La malade a présenté autrefois des accidents gastriques pour lesquels elle a été soignée par M. Debove, ensuite, elle a eu une arthrite du genou droit, pour laquelle elle s'est fait soigner par M. Tuffier et M. Lanelongue.

Histoire de la maladie. — Depuis 2 ans, la malade a ses règles plus abondantes, s'accompagnant de caillots et de douleurs abdominales et pelviennes, avec constipation.

Examen. — M. Tuffier a examiné cette malade il y a un an, et a trouvé son utérus, en rétroflexion, mobile et réductible : le fond de l'utérus était très volumineux, mais paraissait régulier.

M. Tuffier lui fit un tamponnement du cul-de-sac postérieur qui suffit à mettre un terme à ses souffrances.

Ce tamponnement est répété 2 fois par semaine, pendant environ 2 mois, les douleurs ont beaucoup diminuées, mais le volume exagéré de l'utérus persiste. M. Tuffier essaie alors de lui placer divers modèles de pessaires, dont aucun n'est toléré.

Entre temps la malade fait une saison à Biarritz, puis plusieurs cures à Salies-de-Béarn, sans aucun résultat.

De plus, les pertes rouges augmentent, les caillots deviennent plus gros et l'hystéromètre montre la cavité utérine de 10 cent. 1/2.

Diagnostic. — M. Tuffier porte alors le diagnostic de fibrome utérin avec rétroflexion et décide de l'opérer.

Opération. — La veille de l'opération, la cavité utérine est dilatée par une laminaire, et bien nettoyée ; le soir on y introduit une mèche aseptique.

Le 2 mai 1900, M. Tuffier avec l'assistance de MM. les Docteurs Défosses et Dumont procède à l'opération.

Laparotomie, position de Trendelenbeurg.

A l'ouverture de la cavite péritonéale, seule la vessie, couchée sur l'utérus, est visible.

M. Tuffier introduit sa main dans le cul-de-sac postérieur, où il trouve l'utérus avec son fond volumineux

comme une grosse orange, difficilement réductible : il le déroule et aperçoit sur son fond un fibrome.

Aucune hémostase préalable ; incision sur la ligne médiane sur une longueur de 6 cent. environ, et énucléation facile, d'un fibrome gros comme une noix. L'exploration utérine ne révèle plus rien. La cavité utérine n'a pas été ouverte, et par conséquent M. Tuffier ne fait aucun drainage à travers le canal cervical.

Suture de la plaie utérine en 2 plans comme d'habitude ; la séreuse à la soie (à la Lambert).

Ensuite, en se servant des fils utérins, M. Tuffier fixe le fond de l'utérus, à la couche musculaire de la paroi abdominale (hystéropexie).

Suture de l'abdomen au catgut et au crin en 3 étages.

Aucun drainage, ni abdominal ni vaginal.

Suites opératoires. — Réunion de la plaie abdominale, par première intention.

La température n'a jamais dépassé 37°1, et l'état général a toujours été excellent. Guérison complète, convalescence idéale.

OBSERVATION VIII (Inédite, service de M. Tuffier)

8 fibromes utérins dont 6 interstitiels et 2 sous-péritonéaux, — Enucléation. — Guérison

Cl. P..., 44 ans, ménagère, entrée le 7 juin 1900. Opérée le 12 juin 1900.

Ant. héréd. — Rien à signaler.

Ant. pers. — Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans, toujours régulièrement ; ses règles durent 3 jours ; elle est encore réglée actuellement.

Mariée à 25 ans, elle n'a pas eu d'enfants.

Hist. de la maladie. — En 1898 elle est prise brusquement de douleurs violentes dans les reins avec iradiations du côté de l'hypogastre ; en même temps il lui est impossible d'uriner malgré de fréquentes envies, et elle passe dans cet état toute une nuit. Et depuis ce moment jusqu'aujourd'hui elle n'a jamais pu uriner, et a toujours été forcée de se faire sonder ; ses envies d'uriner sont encore très fréquentes, surtout la nuit.

Depuis l'année dernière ses règles deviennent plus abondantes, mais aucune perte dans l'intervalle des règles, en même temps elle accuse une pesanteur dans le bas-ventre ; depuis ce même moment elle souffre d'une constipation opiniâtre qui ne cède qu'avec des lavements répétés ; et en allant à la selle, elle rend des membranes rubanées. En outre la malade se plaint de douleurs dans les cuisses et de fourmillements dans les jambes. Son ventre augmente progressivement. Elle entre à Lariboisière, service de M. Tuffier, salle Elisa-Roy, lit n° 14, le 7 juin 1900.

Examen. — L'état général est bon. Le ventre est très gros.

Le palper, abdominal est douloureux surtout à la pression profonde ; on sent l'utérus très gros, très volumineux, et sur la ligne médiane et un peu à droite, une grosse tumeur dure bilobée, mobile transversalement, remontant jusqu'à 2 travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Le toucher, montre le col petit conviforme regardant en haut, il est mobilisable ; son ouverture est petite et arrondie.

On sent dans tous les culs-de-sac et principalement dans le cul-de-sac postérieur, une masse dure régulièrement arrondie, lisse, indolore, grosse comme une tête de fœtus,

faisant corps avec l'utérus. Par le toucher combiné au palper on mobilise très bien cette tumeur.

L'hystéromètre de Térillon ne pénètre que de 4 cent. 5.

Les urines sont claires. Traces d'albumine ; pas de sucre.

Diagnostic. — Le diagnostic de fibromes multiples utérins s'impose.

Opération. — L'opération est faite par M. Tuffier le 12 juin 1900.

Anesthésie médullaire : injection dans le canal rachidien de 2 cm. de la solution de cocaïne à 2 0/0 à 10 h. 50.

Au bout de 2 minutes la malade sent des fourmillements dans les jambes, le pouls est à 104.

A 11 h. 05, les fourmillements remontent dans les cuisses.

A 11 h. 08, le pouls est à 100 ; pas de nausées.

A 11 h. 11, nausées, pouls 104.

A 11 h. 20, M. Tuffier commence l'opération.

Incision de 12 ctm. sur la ligne médiane de l'abdomen, l'utérus se présentent immédiatement gros comme une tête d'adulte, irrégulier, mou, adhérent.

Position de Trendelenburg.

M. Tuffier luxe l'utérus au-dehors et reconnaît immédiatement sur sa place antérieure un gros fibrome et 3 plus petits ; le plus volumineux siège entre le fond et le col, les 3 autres sur les côtés et sont indépendants les uns des autres. Tous sont absolument irréguliers.

M. Tuffier enlève d'abord un fibrome sous-péritonéal gros comme une noix, ensuite il fait une incision médiane sur la paroi antérieure de l'utérus et énuclée le fibrome médian, le plus volumiueux, qui est irrégulier, bilobé ; puis toujours par la même incision et en allant toujours de dé-

dans en dehors, il énuclée les 2 autres tous les 2 interstitiels dont l'un à droite l'autre sur le fond de l'utérus. Ensuite, et par la même incision, énucléation d'un 5e fibrome situé sur la face postérieure de l'utérus, il est gros comme un poing d'adulte, irrégulier et mamelonné.

Enfin restent encore 3 autres, dont 2 interstitiels sur les parties latérales de l'utérus et un sous-péritonéal, tous 3 sont énucléés comme les précédents.

La muqueuse utérine a été ouverte, mais on ne peut pas faire de drainage à travers le canal cervical, comme on le voudrait, parce que la cavité utérine n'avait pas été dilatée la veille (on croyait en effet dans le service que M. Tuffier allait faire une *hystérectomie* à cause du grand nombre de fibromes).

M. Tuffier suture donc la plaie utérine en 2 plans, l'un profond parenchymateux avec 8 fils au catgut, et l'autre séro-séreux à la soie fine, à la Lambert.

Puis drainage du cul de sac postérieur par un drain métallique à travers la plaie abdominale, et du cul de sac antérieur par une mèche.

Suture de la paroi abdominale en un seul plan au crin de florence.

L'opération est finie à 11 h. 50.

Suites opératoires. — Le 12 juin, la malade va très bien ; pas de nausées, pas de vomissements. Le soir, température 37°8.

Le 13 juin, température 37°2 ; pas de vomissements, pas de douleurs, la malade se trouve très bien. On enlève le drain métallique et la mèche abdominale et on les remplace par une seule mèche.

Le 14, tempéreture 37°, la malade est en pleine voie de de guérison.

Ajoutons qu'en dehors des 8 observations qu'on vient de lire, Monsieur Tuffier, a encore fait 4 autres énucléations abdominales ; à savoir :

1 énucléation abdominale le 4 mai 1893 à l'hôpital Beaujon.

1 deuxième (Mme X. Netti) le 4 juin 1894, et enfin 2 autres, dont il parle, au Congrès français de chirurgie de 1899 (1).

Toutes les 4 femmes guérirent très bien.

Malheureusement, nous n'avons pas pu retrouver ces observations, et nous avons dû nous contenter de ne donner que les 8 observations citées plus haut.

En réalité donc, M. Tuffier a fait 12 fois l'énucléation abdominale pour fibromes utérins, avec 1 décès.

(1) Tuffier. Congrès français de Chirurgie, p. 192.



STATISTIQUE A

Nos	Noms des Opérateurs	Cas	Récidives	Mortalité brute	Mortalité expurgée	Grossesses consécutives
1	Albert	4	0	0	0	0
2	Alexander	25	0	0	0	0
3	Amann jun.	1	0	0	0	1
4	Ascher	10	0	1	0	1
5	Bandl	1	0	0	0	0
6	Bierner	1	0	0	0	0
7	Blanc	1	0	0	0	0
8	Bland-Sutton	8	0	0	0	0
9	Blum	9	0	1	1	0
10	Bouilly	1	0	0	0	0
11	Braun, Karl von.	8	0	0	0	0
12	Brenneke	14	0	2	1	0
13	Bukowsky	1	0	0	0	0
14	Chévrier	6	0	0	0	0
15	Clado	1	0	0	0	0
16	Chrobak	9	0	0	0	0
17	Doléris	2	0	0	0	0
18	Dudley	25	0	0	0	0
19	Duplay	2	0	0	0	0
20	Engstrœm	180	1	8	5	9
21	Etheridje	1	0	0	0	0
22	Flaischlen	1	0	0	0	0
23	Frænkel	2	0	0	0	0
24	Freund	1	0	0	0	0
25	Frommel	1	0	0	0	0
26	Gelstrœm	1	0	0	0	0
27	Guinard	1	0	0	0	0
28	Hager	1	0	0	0	0
29	Hégar	1	0	0	0	1
30	Jaboulay	3	0	0	0	0
31	Kelly Howard	97	2	0	0	0
32	Krœnlein	1	0	0	0	1
33	Krüssen	6	0	0	0	0
34	Küstner	6	0	1	0	0

STATISTIQUE A (suite)

Nos	Noms des Opérateurs	Cas	Récidives	Mortalité brute	Mortalité expurgée	Grossesses consécutives
35	Müller..........	1	0	0	0	1
36	Noble...........	5	0	0	0	0
37	Olshausen.......	36	0	3	2	0
38	Pauchet.........	3	0	0	0	0
39	Prochownick....	10	0	1	1	0
40	Queirel.........	1	0	0	0	0
41	Ricard..........	6	0	0	0	1
42	Schauta.........	18	0	4	2	0
43	Schrœder.......	2	0	0	0	0
44	Schultz.........	1	0	0	0	0
45	Schultze........	3	0	0	0	0
46	Simon Jules.....	1	0	0	0	0
47	Smyly..........	5	0	0	0	0
48	Stavely.........	2	0	0	0	0
49	Témoin.........	10	0	0	0	2
50	Thiem..........	1	0	0	0	0
51	Treub...........	10	0	1	1	0
52	Veit............	2	0	0	0	0
53	Vulliet..........	1	1	0	0	0
54	Werder.........	1	0	0	0	1
55	Obs. inédites....	12	0	1	1	0
		563	4	23	14	18

Par conséquent, 563 cas avec :

14 décès, soit une mortalité de........ 2. 5 o/o

4 rédicives soit une rédicive de........ 0.75 o/o

et 18 grossesses consécutives.

Si nous ajoutons à ces 563 cas, les 141 cas de A. Martin, nous voyons que les observations sur l'énucléation abdominale des fibromes, publiées jusqu'aujourd'hui sont au nombre de 704.

L'énucléation abdominale des corps fibreux compliqués de grossesse

On sait que la grossesse a pour effet de donner une impulsion très vive au développement des fibromes et d'amener souvent leur ramolissement œdémateux, ce phénomène est surtout marqué dans les cas de fibromes interstitiels.

Cette brusque augmentation de volume des corps fibreux exagère les phénomènes de compressions et les douleurs résultant de sa pression sur le plexus sacré peuvent devenir intolérables ; mais l'accident le plus commun, et non le moins grave, en pareil cas c'est l'avortement, mais il s'en faut de beaucoup, qu'il soit toujours une solution heureuse, car si le placenta s'insère au voisinage de la tumeur, le retrait de l'utérus est empêché et l'hémorragie après la délivrance peut devenir mortelle, de même que les accidents septicémiques sont favorisés ;

Lefour (1), sur 307 cas, a relevé 39 avortements et 14 fois la mort de la mère ; Nauss (2), sur 241 cas, a noté 47 avortements,

(1) Lefour, des fibromes utérins au point de vue de la grossesse, Paris 1880.
(2) Nauss, Jnaug. Dissert. Halle 1882.

Enfin si la grossesse arrive à terme, la tumeur peut constituer un obstacle insurmontable à l'accouchement.

Aussi, pour faire face à ces éventualités est-on souvent forcé d'opérer pendant la grossesse.

Nous ne parlons évidement, que des fibromes interstitiels ou sous-séreux du corps utérins, les seuls qui nous intéressent; et nous ne tenons aucun compte des corps fibreux du col, ou des fibromes *pédiculés* du corps.

Eh, bien pour ces fibromes, compliqués de grossesse on a proposé :

a) Les uns, de provoquer l'accouchement prématuré ; mais n'oublions pas, que dans ces cas l'accouchement prématuré est d'une extrême gravité, en raison de l'hémorragie formidable qui peut se produire si le fibrome empêche l'utérus de se rétracter ; et en raison aussi, que la femme est beaucoup plus exposée à la sépticémie puerpérale. La statistique de M. Pozzi montre que dans ces cas (1).

La mortalité pour la mère est de... 53 0/0
— — l'enfant est de... 66 0/0

b) D'autres demandent qu'on fasse d'abord l'extraction de l'enfant par une opération césarienne et qu'on enlève l'utérus ensuite ;

Or, sur 43 cas d'opérations césariennes pour fibromes, 7 femmes seulement furent sauvées, comme

(1) Pozzi, traité de gynécologie p. 388.

le prouve la statistique de César-Sænger (1); soit une mortalité de 83. 7 0/0.

c) D'autres enfin, conseillent l'opération de Porro ; qui, pour être moins dangereuse, doit être faite avant le terme de la grossesse ; il faut donc sacrifier l'enfant. Sur les 30 cas, de la statistique de M. Pozzi (2), où l'opération de Porro a été faite, nous relevons, 21 guérisons pour la mère et 9 morts, soit une mortalité de 30 0/0.

Il nous a semblé intéressant, de rassembler aussi tous les cas, où on a employé comme traitement des fibromes compliqués de grossesse, l'énucléation abdominale. Ces observations ne sont pas encore très fréquentes aujourd'hui, et nous n'avons pu trouver que 11 cas publiés, nous les donnons ci-dessous, avec les suites opératoires pour la mère et pour l'enfant.

Faisons immédiatement remarquer que nous ne donnons ici que les cas *d'énucléation* abdominale, et non pas aussi ceux de *myoméctomie*, par conséquent nous ne tiendrons aucun compte des cas, du Professeur Duplay (3), du Professeur Routier (4), de Trosthom (5) etc., etc., où on n'a fait que couper la tumeur au dessous de son pédicule, mais non pas incisé le tissu utérin pour énucléer le fibrome.

(1) César-Sænger, Festschrift zum Jubilæum Credé's, Leipzig 1881.

(2) Pozzi, loco cit.

(3) Duplay-Delbet, Arch. génér. de médecine, 1892, V. 169, p. 209.

(4) Routier, Annales de gynéc., 1890, p. 161.

(5) Trosthom, Mercredi médical, 1892, p. 156.

STATISTIQUE B

N°	Nom des Opérateurs	Cas	État de la grossesse	Suites pour la mère	Suites pour l'enfant	
					accou. à terme	avortement
1	Bierner.........	1	—	guérison	1	0
2	Braun, Karl v...	1	—	—	1	0
3	Flaischlen.......	1	3 mois	—	1	0
4	Frommel	1	4 »	—	1	0
5	Guinard	1	3 »	—	1	0
6	Kelly...........	1	2 »	—	1	0
7	»	1	4 »	—	1	0
8	Schultz.........	1	—	—	1	0
9	Stavely.........	1	—	—	1	0
10	»	1	—	—	1	0
11	Témoin.........	1	1/2 »	—	0	1
		11		11	10	1

Soit, sur 11 femmes enceintes opérées par cette méthode, on a :

11 guérisons pour la mère ;

10 accouchements à terme ;

et un seul avortement.

Sur les 10 enfants nés à terme, 9 étaient vivants et bien portants et un seul était né macéré ; mais sa

mort n'est nullement due à l'opération (voir Bierner, page 19).

La femme qui a avorté (cas de Témoin) est redevenue enceinte l'année après, et a accouché à terme d'un enfant vivant.

Si nous comparons maintenant entre elles, les diverses opérations faites dans les cas de fibromes compliqués de grossesse, nous voyons que la mortalité dans :

a) L'accouchement provoqué est de 53 o/o pour la mère et de 66 o/o pour l'enfant ;

b) L'opération de Porro est de 30 o/o pour la mère et énorme pour l'enfant ;

c) L'opération césarienne est de 83 o/o pour la mère et de ? o/o pour l'enfant ;

d) L'énucléation abdominale est de 0 o/o pour la mère et de 0,9 o/o pour l'enfant.

Il s'ensuit, que dans les cas de fibromes compliqués de grossesse, c'est à l'énucléation abdominale qu'il faut avoir recours ; elle seule, permet de sauver et la mère et l'enfant.



Critique contre l'énucléation abdominale. — Réfutation de la critique

Que reproche-t-on donc à l'énucléation ?

1° De donner des hémorragies ;

2° D'ouvrir accidentellement la muqueuse utérine, et de créer ainsi une source d'infection ;

3° De laisser dans l'utérus de petits fibromes passés inaperçus, d'où récidive ;

4° De ne pas être applicable, dans les cas de pluralité de fibromes ;

5° De ne pas pouvoir être appliquée dans tous les cas.

Reprenons une à une ces objections :

1° De donner des hémorragies ; cela est exact si l'on incise la capsule de chaque fibrome à part, mais cela est faux si l'on se tient à l'hystérotomie médiane, c'est-à-dire à l'incision de la région avasculaire de l'utérus, comme nous le verrons dans le chapitre « Technique opératoire ». Bien entendu, il faut fermer la plaie utérine avec beaucoup de soins, afin d'éviter toute hémorragie post-opératoire.

2° D'ouvrir accidentellement la cavité utérine, d'où source d'infection.

Mais n'ouvre-t-on pas, la cavité utérine de propos délibéré dans l'hystérectomie médiane de L. Faure ?

Et Frænkel (1) Freund (2) Bukowsky (3) et M. Ricard (4) n'ont-ils pas proposé de l'ouvrir toujours et de parti-pris, dans toute énucléation abdominale, afin de pouvoir drainer à travers le canal cervical ?

Du reste, cette ouverture, si on procède antiseptiquement, n'est pas bien dangereuse, nous n'en voulons comme preuve que le fait de n'avoir sur nos 563 cas, que 14 décès ; or il est évident que sur ce nombre, la muqueuse a été ouverte plus de 14 fois.

Nous verrons plus tard, comment on doit se comporter en cas d'ouverture de la muqueuse utérine.

3° *De laisser dans l'utérus de petits fibromes, d'où récidive ;* il est possible que quelques noyaux restent dans l'utérus, mais nous sommes parfaitement d'accord avec Alexander (5) quand il dit :

« Il est probable qu'on oublie souvent de petits « noyaux, mais cela ne présente aucun inconvénient, « puisque l'on n'a jamais, ou presque jamais de réci- « dive ». Et en effet, sur nos 563 cas, nous ne comptons que 4 récidives . A. Martin, sur ses 141 cas, n'a eu que 4 récidives ; et rappelons-le, les malades ont été revues bien des années après l'opération (5-14 ans).

(1) Frænkel ; loco cit.
(2) Freund ; Centrbl ; für Gynæk. 1888, n° 49.
(3) Bukowsky ; Centrbl. f. Gynæk. 1890.
(4) Ricard ; Congr. français de chirurgie, 1899, p. 38
(5) Alexander ; Sem. médicale, 1899.

Eh bien, est-ce suffisant pour rejeter l'énucléation abdominale ?

Du reste, on a l'utérus devant soi, rien ne nous empèche de bien l'examiner par la vue et par le palper et de nous assurer qu'aucun noyau n'y est resté.

Enfin, une deuxième laparotomie heureusement si rare, ne doit en rien infirmer l'importance et les avantages de ce procédé.

4° *De ne pas être applicable dans les cas de pluralité de fibromes* ; or plusieurs cas dans notre statistique démontrent qu'on peut énucléer plusieurs fibromes, chez une même malade, sans pour cela aggraver le pronostic, ni de rendre l'opération difficile.

N'avons-nous pas vu M. Tuffier enlever 5 et 8 fibromes : le professeur Duplay 5 ; Blanc 6 ; Clado 7 ; Jabouley 9 ; Kelly 17 ; Engstrœm 22 et Alexander 25 ?

Et toutes ces femmes guérirent avec une convalescence idéale, et n'eurent aucune récidive.

S'il y a plusieurs fibromes, dit M. le professeur Tillaux (1), il faut les énucléer successivement, et jusque dans l'excavation pelvienne si cela est nécessaire.

La pluralité des fibromes n'est donc pas une contr'indication à l'énucléation abdominale.

5° *De ne pas pouvoir être appliquée dans tous les cas ;* certes pas dans tous les cas, mais elle l'est dans la majorité des cas ; ainsi Obalinsky (2) nous démontre

(1) Tillaux, Traité de chirurgie clinique, 1897, t. II, p. 225.

(2) Obalinsky, Zur Wahldes Opérations «un mot» verfahrens bei Uterus « un mot » fibromen, Wiener Klinick, 1894, H. 12.

par ses statistiques, que l'énucléation abdominale peut être appliquée 72 fois, sur 100 cas de fibromes utérins ; c'est-à-dire que sur 100 femmes, qui doivent être opérées pour leurs fibromes utérins, 72 peuvent l'être par l'énucléation abdominale.

M. Témoin déclare que le procédé de l'énucléation abdominale est applicable à tous les cas même aux cas de fibromes enclavés, et M. le professeur Tillaux ajoute que cela ne le surprend pas et qu'il est tout disposé à adopter ce procédé (1).

(1) Tillaux, Traité de clinique chirurgicale, 1897, v. II, p. 226.



Avantages de l'énucléation abdominale

1° *C'est une opération logique, facile et efficace.*

Logique, puisqu'elle enlève le tissu malade et respecte le sain, et puisqu'elle met à profit la disposition capsulée des masses fibreuses, et la tendance naturelle qu'ont ces corps à sortir de leur loge.

Facile, de l'avis de tous ceux qui ont pratiqués cette opération.

Efficace, si on le juge par ses résultats.

2° *C'est une opération peu grave*, moins grave que l'hystérectomie. Quelle autre opération sur l'utérus donne en effet une mortalité de 2.5 o/o ?

Si nous ne prenons que les statistiques toutes *récentes*, afin de ne pas encourir le reproche, de ne tenir aucun compte des progrès de la chirurgie, nous trouvons :

M. Terrier (1), de 1896 à 1899, a eu sur 99 hystérectomies abdom. totales une mortalité de : 22.8 o/o. ;

et sur 35 hystérectomies supra-vaginales une mortalité de 8.1 o/o.

(1) Terrier. Congrès de chirurgie, Paris, 1899, p. 55.

Treub (1) a eu tout dernièrement sur ses hystérectomies abdominales une mortalité de : 11 o/o.

sur ses hystérectomies supra-vaginales une mortalité de : 10 o/o ;

et sur ses hystérectomies vaginales une mortalité de : 7 o/o.

M. Bouilly (2) sur ses 27 hystérectomies supra-vaginales a eu 2 decès, soit une une mortalité de 7,4 o/o.

Enfin M. Legueu (3) compte sur ses 90 hystérectomies vaginales 4 décès, soit une mortalité de 6.7 o/o.

Or dans toutes ces statistiques, la mortalité est de beaucoup supérieure à celle que nous donne l'énucléation abdominale ; et ce sont, nous le répétons, des statistiques *récentes*.

3° *C'est une opération conservatrice par excellence* qui laisse à la femme l'intégrité de ses fonctions procréatrices ; et cela n'est pas douteux, puisque nous comptons 18 grossesses consécutives.

A l'hypothèse de M. Pozzi, que les malades à opérer, sont ordinairement près de la ménopause et par conséquent peu aptes à être fécondées, nous répondons par les faits.

4° *Les suites opératoires sont excellentes* ; voici en effet comment s'exprime M. Bonnet qui a suivi 6

(1) Treub. Congrès d'Amsterdam, 1899.

(2) Bouilly. Congrès français de chirurgie, Paris, 1899, p. 78.

(3) Legueu. Congrès français de chir. 1899, p. 217.

malades opérées par l'énucléation abdominale, et 6 autres, opérées par l'hystérectomie (1).

« Les malades opérées par l'énucléation abdomi-
« nale sont dans un calme parfait, dorment dès le pre-
« mier jour, n'ont pas de réaction nerveuse, aucune
« souffrance, et minimum de séjour au lit ; tandis que
« les malades hystérectomisées ne dorment pas, ont des
« douleurs vives, une angoisse extrême, des phéno-
« mènes nerveuxet une convalescence beaucoup plus
« longue. »

5° A la suite de cette opération, les opérées ne subissent plus l'influence morale de la déchéance, dont toute hystérectomisée se rend parfaitement compte. On évite ainsi à la femme une série de phénomènes douloureux et pénibles à la fois.

6° Enfin, le fait de ne pas enlever l'utérus avec ses ligaments, a son importance au point de vue statique du bassin.

L'énucléation abdominale est, en un mot, l'opération idéale.

(1) Bonnet. Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation abdominale et à l'hystérectomie ; archives de tocologie, juillet 1891.



Indications et contr'indications de l'énucléation abdominale.

M. Témoin croit, que, l'énucléation abdominale doit être réservée aux fibromes *petits* et chez des malades encore *jeunes*, afin de leur conserver leurs époques et la possibilité d'une fécondation ultérieure.

Nous croyons, nous, avec Engstrœm de Russie, Kelly d'Amérique et notre maître M. Tuffier, que ces indications sont trop restreintes.

Car nous ne voulons pas seulement donner aux femmes, la possibilité de devenir enceintes ; nous voulons encore et surtout, faire de la chirurgie conservatrice, toutes les fois que cela est possible ; et, si de par son âge, la femme n'est plus capable à être fécondée, son utérus lui est encore utile comme avant; il accomplit encore toutes ses autres fonctions moins la gestation ; il doit donc être conservé.

Par conséquent nous ne nous laisserons pas arrêter par l'âge des malades, comme le veut M. Témoin; n'avons-nous pas, en effet vu Ensgtrœm opérer des femmes de 64 ans ?

Nous ne croyons pas non plus que le *volume* d'un fibrome doit être une contr'indication à l'énucléation;

nous avons vu en effet des chirurgiens enlever des fibromes énormes, tels Gelstrœm et Veit qui ont énucléé chacun un fibrome, gros comme une tête d'adulte; Hager en enlève un pesant 1750 gra. ; Ascher sur ses 10 énucléations enlève trois fois, des fibromes gros comme une tête d'adulte et une fois un, dépassant l'ombilic ; Bukowsky énuclée, lui aussi, un fibrome dépassant l'ombilic ; Bandl enfin enlève chez une jeune fille un fibrome qui arrive jusqu'au diaphragme.

Nous nous sommes déjà prononcés sur la pluralité des fibromes ; rappelons, que nous avons vu enlever jusqu'à 17 (Kelly) et même 25 (Alexander) fibromes chez une même malade avec des suites opératoires excellentes ; il s'ensuit, que la pluralité des fibromes n'est pas non plus une contr'indication à l'énucléation.

Quant aux fibromes compliqués de grossesse, nous avons donné une statistique qui démontre, que l'énucléation abdominale dans ces cas est tout à fait bénigne pour la mère, puisque sur 11 femmes enceintes opérées, nous avons 11 guérisons ; et bien peu grave pour l'enfant puisque sur ces 11 cas, 10 fois la grossesse a continué et l'enfant est né à terme et une seule fois, la femme a avorté (cas de Témoin). Et nous avons vu que par aucune autre opération on ne peut obtenir de pareils résultats.

Par conséquent, suivant nous, l'énucléation abdominale est indiquée, chez toute femme souffrant de

fibromes utérins, quel que soit l'âge de la malade, le nombre et le volume des fibromes.

Elle est de même formellement indiquée, dans les cas de fibromes compliqués de grossesse.

Et comme contr'indication à l'énucléation par voie abdominale, nous ne voyons que :

a) *La dégénérescence myomateuse de l'utérus ;* il est évident qu'un utérus bourré, farci de petits fibromes, sera enlevé par l'hystérectomie abdominale.

b) *L'état de l'utérus et des annexes*, car il se peut que, bien qu'il s'agisse d'un fibrome unique petit, et chez une jeune femme, l'état de l'utérus ou des annexes, peut nous forcer de faire une opération autre que l'énucléation abdominale.

Il résulte donc de tout ceci que l'énucléation abdominale est indiquée dans la *majorité* des cas de fibromes utérins, et que l'hystérectomie doit être réservée pour les cas où il y a une contr'indication à l'énucléation abdominale.



Technique opératoire

Nous allons d'abord décrire cette opération telle qu'elle est exécutée par les autres chirurgiens et, ensuite, nous donnerons la technique opératoire telle que l'exécute notre maître, M. le Professeur agrégé Tuffier, dans son service de chirurgie à Lariboisière.

§ I

En lignes générales cette opération comprend :

a) La laparotomie ;

b) L'hystérotomie et l'énucléation ;

c) L'exploration de l'utérus ;

d) L'hystéroraphie ;

e) Et la suture de la plaie abdominale.

a) *La laparatomie.* — Elle est faite comme toujours avec toute l'antisepsie nécessaire ; l'incision est faite le long de la ligne médiane, en partant de l'ombilic et en allant au pubis.

Ouverture de la cavité péritonéale et extériorisation de l'utérus.

b) *L'hystérotomie, l'énucléation.* — On conseille

d'abord de faire l'hémostase préventive soit par l'application d'un lien élastique au niveau du col utérin (A. Martin, etc.), soit par une pince à ligaments larges, dont on garnit le mors de caoutchouc, et qu'on place de chaque côté sur les ligaments larges, tout près de l'utérus (Tillaux (1) et Témoin).

Suivant le professeur Duplay, Longuet et notre maître M. Tuffier, on peut se passer de l'hémostase préventive.

Quand à l'incision de l'utérus, on a conseillé de faire l'incision sur la partie culminante de la tumeur, soit en suivant la direction des fibres musculaires (Doléris, Chévrier), soit en suivant le grand axe de la tumeur (Duplay, Clado) : On fait autant d'incisions qu'il y a de fibromes.

Suivant M. Ricard et M. Longuet, il vaut mieux, afin d'éviter l'hémorragie, de faire la section médiane ; c'est aussi, comme nous le verrons plus loin, l'avis de notre maître, M. Tuffier.

L'incision faite, il ne reste plus qu'à décortiquer; pour cela, on saisit la tumeur avec une pince de Museux, et pendant que d'une main on tire sur la pince, avec les doigts de l'autre main on décortique la tumeur de sa loge, en se tenant tout près de la surface même du fibrome ; si des brides ou des adhérences arrêtent momentanément ce travail, on donne quelques coups de ciseaux et l'on élibère la tumeur ; mais en général l'énucléation est facile ; jusqu'ici aucune

(1) Tillaux. Traité de chirurgie clinique, 1897, t. II, p. 225.

opération n'a été arrêtée, par l'impossibilité d'énucléer la tumeur.

Si on fait l'hystérotomie médiane comme M. Tuffier, on n'a aucune hémorragie à craindre, ni pendant l'incision, ni pendant l'énucléation, et nous insistons avec intention sur ce point, puisque des chirurgiens ont crû devoir rejeter l'énucléation par crainte d'hémorragie.

c) *L'exploration de l'utérus.* — L'énucléation faite on explore l'utérus pour voir s'il reste encore quelques noyaux ; pour cela on palpe l'organe entre le pouce et les quatre doigts, en procédant méthodiquement, en allant de haut en bas, et en explorant le col lui-même, afin de ne pas faire une opération incomplète.

Si on trouve des noyaux, on les énuclée de la même façon que le premier.

Avant de procéder à l'hystéroraphie, on doit d'abord explorer la muqueuse utérine, pour voir si elle n'a pas été ouverte ; sur cette question, les avis sont très partagés.

Tandis que les uns comme Freund, Bukowsky et M. Ricard, demandent à ce qu'on incise toujours, et de parti-pris, la muqueuse utérine, afin de pouvoir drainer à travers le canal cervical ; les autres, et ce sont les plus nombreux (Martin, Engstrœm, Olshausen, Duplay, etc.,) sont au contraire d'avis, qu'il faut tacher autant que possible de ne pas entamer la muqueuse utérine (et pour cela on n'a qu'à se tenir très près de la surface du fibrome au cours de la dé-

cortication), afin, disent-ils, de ne pas créer une possibilité d'infeciton du champ opératoire.

Et alors :

1° Si on a réussi à ne pas l'entamer, ce qui est facile dans la majorité des cas (Braun, Olshausen, etc.), tous sont d'accord à suturer la plaie utérine, sans faire aucun drainage. On ne draine pas en effet une cavité aseptique, on l'oblige à se fermer par première intention ;

2° Mais il arrive quelquefois qu'un fibrome utérin ait poussé une pointe, qui le met en contact avec la muqueuse utérine, auquel cas le conduit utérin est fatalement ouvert. Dans ce cas il faut, suivant les uns (Martin, Olshausen, Braun), stériliser la muqueuse, l'antiseptiser et la suturer, sans faire aucun drainage à travers le canal utérin ; tandis que suivant les autres (Duplay, Clado, etc.), il faut se servir de ce canal pour pratiquer un drainage, trans-utérin ; pour cela, un drain en caoutchouc est introduit de haut en bas, de la plaie vers le canal utérin, on le fait traverser le col et aboutir dans le vagin. C'est aussi, nous le verrons, la pratique employée par M. Tuffier.

Pour savoir si la muqueuse a été, ou non, entamée, il faut l'explorer attentivement avec un stylet, à travers la plaie utérine, et non pas, comme le veulent quelques-uns, à l'aide d'un hystéromètre introduit par en bas, qu'un aide pousse à travers le canal utérin, car il est susceptible d'infecter le champ opératoire, et capable de créer une perforation qui n'existait pas.

d) *L'hystérorraphie.* — Pour suturer la plaie uté-

rine, Martin fait une suture à points séparés ; Jaboulay une fermeture en bourse ; le Professeur Duplay un surjet qui va de la profondeur vers la superficie en ligne droite afin de faire 2 ou 3 plans successifs ; M. Tuffier enfin, suture la plaie utérine en 2 plans, l'un profond, l'autre superficiel.

La plaie utérine suturée, on s'assure pendant un instant, que les sutures ne laissent filtrer aucune goutte de sang, et on remet l'utérus en place.

Quelquefois, si le fibrome a été trop volumineux, et que la rétraction des fibres musculaires n'a pas assez réduit la cavité qui le contenait, on est obligé, avant de faire l'hystéroraphie, de raccourcir, à l'aide de quelques coups de ciseaux, les lambeaux de la poche, afin d'obtenir un bon affrontement.

Quand au drainage du petit bassin, Olshausen ne le fait jamais, d'autres le font toujours, nous verrons que M. Tuffier ne le fait que dans les cas où la muqueuse utérine a été incisée.



Technique opératoire, de M. le Professeur agrégé Tuffier.

Nous allons maintenant donner la technique opératoire employée par Monsieur Tuffier. Notre maître a bien voulu nous dicter lui-même, cette technique, et nous la donnons telle que :

« La veille de l'opération, je fais la dilatation de la cavité utérine, son nettoyage, et j'y introduis une mèche de gaze aseptique. Je fais cette dilatation préliminaire afin de pouvoir drainer à travers le canal cervical, si besoin est.

« *Opération.* — Toutes les précautions d'asepsie étant prises, la malade anesthésiée par l'éther ou ayant subi l'anesthésie médullaire, la laparotomie est faite dans la position horizontale. Lorsque le péritoine a été ouvert et les dimensions de la tumeur précisées, l'incision abdominale est proportionnée à ces données et la malade est inclinée à 45°

« La valve sus-pubienne est alors placée, l'intestin garanti par des compresses et la main introduite dans le cul-de-sac de Douglas, luxe et ramène l'utérus à travers la paroi abdominale. Si cette luxation n'est pas possible, j'enlève le premier fibrome sur

place. L'utérus est exploré, le nombre, le volume, la situation des tumeurs, leurs rapports avec le corps, le col et les trompes, sont bien précisés, puis on cherche à se rendre un compte aussi exact que possible de ce qui a été la ligne médiane de l'utérus.

« On voit généralement de grosses veines ramper à la surface de l'utérus, et le minimum de vascularisation correspond le plus souvent à la ligne médiane de l'utérus.

« 2 cas peuvent se présenter :

« 1°) Le fibrome est sous-péritonéal et alors la simple incision de la séreuse en prenant comme point de repère, sa portion la plus amincie, et l'énucléation de la tumeur de dedans en dehors constitue le mode de traitement qui s'impose.

« 2° Ou bien le fibrome est profondément situé, sur la face antérieure ou postérieure de l'utérus, ou dans la portion sus-vaginale du col, ou encore dans la région des trompes. Voici dans ces cas comment je procède :

« J'incise l'utérus sur la ligne médiane existante, ou suivant la ligne qui la rappelle, jusqu'à ce que j'ai mis à découvert le fibrome ; lorsque je l'ai isolé et que j'ai bien trouvé le plan de clivage, je l'attaque du côté de la ligne médiane utérine, et je fais écarter par des pinces à griffes les deux lèvres de l'incision utérine ; le fibrome mis à nu, je l'isole d'un coup de doigt jusqu'à son équateur, je le saisis avec des pinces de Museux et je l'énuclée.

« En général on n'observe aucun écoulement

sanguin, ni pendant cet isolement ni après son ablation.

« S'il existe des fibromes multiples avoisinants le premier ou le plus gros, je m'efforce de me servir de ma première incision pour aller les énucléer toujours de dedans en dehors et jamais de dehors en dedans ; si au contraire ces fibromes sont très éloignés les uns des autres, je n'hésite pas à inciser de nouveau à travers le tissu utérin, près ou loin de ma première incision.

« Pendant l'énucléation des fibromes deux faits d'importance capitale peuvent avoir lieu ; ou bien la cavité utérine a été ouverte, ou bien elle ne l'a pas été. La conduite ultérieure dépend essentiellement de ces deux cas :

« *a*) *Si la muqueuse n'a pas été ouverte* (voir obs. I et VII) je ferme la plaie utérine par une suture parenchymateuse au tendon de renne et la séreuse, par une suture à la soie, à la Lambert, et je ne fais aucun drainage.

« *b*) Si au contraire la muqueuse a été incisée (obs. II, III, IV, V et VI), les conditions d'asepsie sont profondément modifiées, et je considère qu'il est bien de drainer la cavité utérine ; et comme elle a été préalablement dilatée, il est facile d'introduire dans cette cavité un gros drain en caoutchouc qui sort dans le vagin.

« Ce drainage fait, et comme la cavité utérine ne permet plus d'être sûr d'une asepsie rigoureuse de l'opération, je pratique dans les cas où cela m'est

facile, l'incision du cul-de-sac postérieur et j'introduis une mèche dans le vagin qui draine le Douglas ; je considère ce drainage comme absolument nécessaire dans ces conditions laborieuses et c'est pour avoir manqué à cette règle que j'ai perdu ma malade (Obs. VI).

« L'abdomen est fermé par 3 plans de sutures, le péritoine et les muscles sont suturés séparément au catgut et la peau aux crins de Florence.

« Cette technique générale est susceptible de modifications, surtout commandées, par la situation, et le nombre des fibromes, ainsi toutes les fois que cette situation est mal déterminée, que le fibrome est perdu dans l'épaisseur du muscle utérin, qu'il soit possible de le sentir en avant ou en arrière, je fais toujours l'hystérotomie médiane *antérieure*, traversant la cavité utérine pour aller chercher et enlever le fibrome.

« J'ai été frappé du peu de sang perdu par la malade, et je dirais volontiers de l'absence complète d'hémorragie en pareil cas. Sans aucune hémostase préalable, on peut fendre l'utérus dans le cas de fibrome, tout aussi bien que nous le faisons dans l'hystérectomie pour suppuration pelvienne.

« A propos de cette même situation du fibrome, je tiens à affirmer que quelque soit son siège supravaginal ou corporel, je préfère de beaucoup l'énucléation par voie abdominale à l'énucléation par voie vaginale ; je considère que cette voie abdominale seule, nous permet de bien voir ce qu'on fait,

et de s'assurer qu'on n'oublie aucun fibrome même de petit volume ; et je réserve l'énucléation vaginale au seul cas de polype fibreux intra-utérin.

« La conduite à tenir est particulièrement délicate dans le cas où le fibrome siège, ou empiète largement sur la corne utérine ; il occupe alors par rapport à la trompe une situation qui met l'opérateur dans la nécessité, d'ouvrir la cavité tubaire ; ce n'est pourtant pas là une contr'indication à l'énucléation, je crois au contraire que la simple suture de la trompe en certains cas, ou son drainage à travers l'utérus met à l'abri des autres complications.

« Je ne vois comme contr'indication à l'énucléation abdominale, que le cas de dégénérescence fibromateuse totale de l'utérus, qui contient alors 50, 60, 100 fibromes de petit volume, qui remplissent l'utérus ; l'organe en est bourré ; dans ces cas, l'hystérectomie abdominale est la seule opération à laquelle on puisse recourir, en tenant compte du fait sur le quel j'ai insisté bien des fois, à savoir, la conservation des ovaires ; je me suis toujours soumis à cette pratique et moins que jamais je voudrais m'en départir. »



Conclusions

1°. L'énucléation des fibromes utérins par la voie abdominale, est une opération conservatrice par excellence ; c'est la seule qui permet la fécondation ultérieure.

2° C'est une opération peu grave, moins grave que toute autre opération pratiquée sur l'utérus pour les mêmes tumeurs.

3° L'énucléation abdominale est une opération facile et efficace.

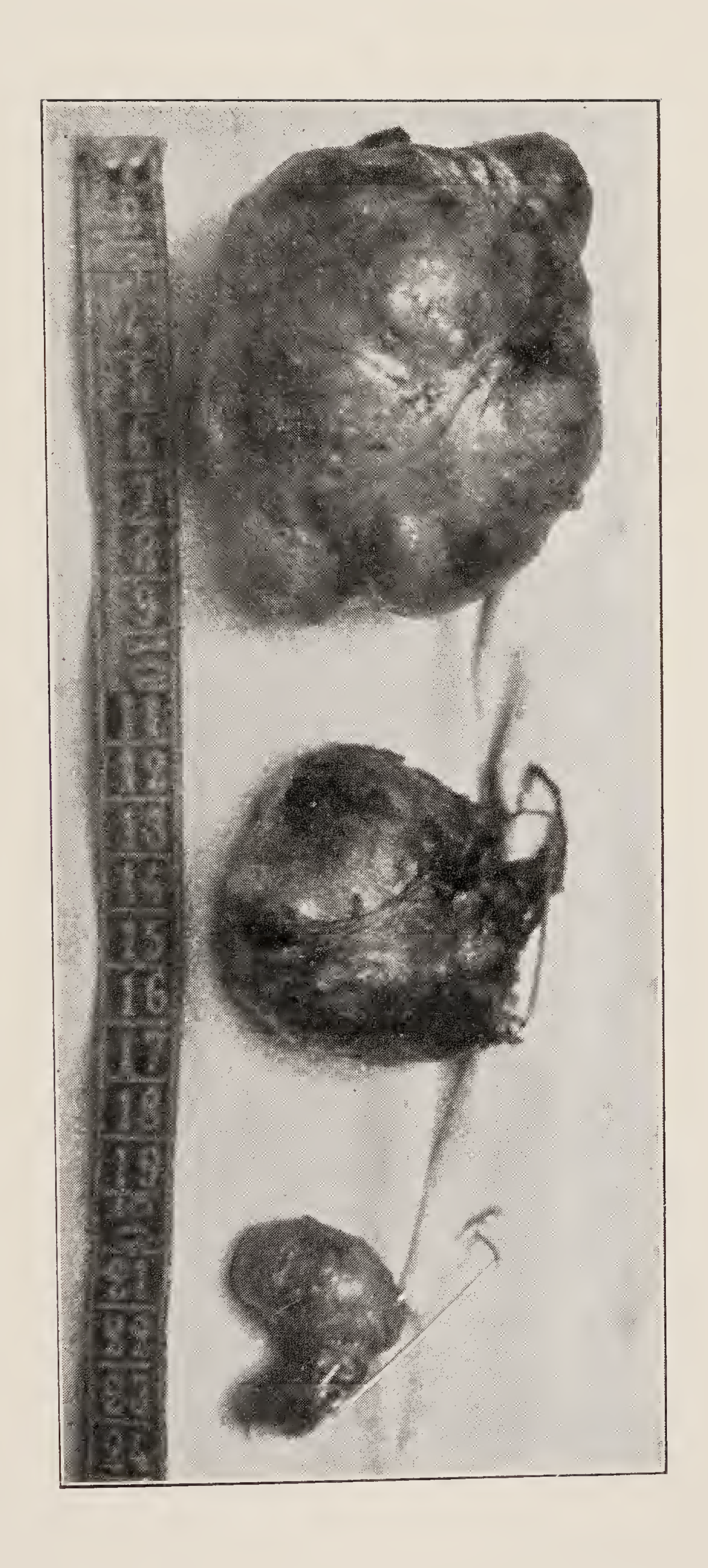
4° On peut, et on doit avoir recours à l'énucléation abdominale, dans la majorité des cas de fibromes utérins, et on ne doit employer l'hystérectomie que dans les cas où l'énucléation abdominale est contr'indiquée.

5° Dans les cas de fibromes, compliqués de grossesse c'est toujours à l'énucléation abdominale qu'il faut recourir ; elle seule permet de sauver et la mère et l'enfant.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

Albert. — Wiener medizinische, Presse 1888, n° 16.

Alexander. — Enucleation of uterine fibroids, Scalpel 1897.

— British medical Journal, May 1898.

— British gynec. Journal, London 1898.

— 3e Congrès de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Amsterdam 1899.

Amann Jun. — Achte Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynækologie, Berlin 1899.

Ascher S. — Zur Casuistik der Myomopération, in Ztschr. für Geburtshülfe 1890, Bd. 20.

Bandl. — Laparatomie, Enucleation mit Erhaltung beider Ovarien und Tuben, Wiener mediz. Blætter 1888, numéro 33.

Bland-Sutton. — British medical, Journal 1898, May.

Bierner R. — Ein Fall von Enucleation eines interstitiellen Myom's bei bestehender Schwangerschaft, Bonn ; Cn'rbl. für Gynækologie 1897, n° 20.

Blanc. — Loire médicale, avril 1897.

Blum R. — Welche ist die beste Myomopération ? Ztschr. für Geburtshülfe und Gynæk. 1896, Bd. 35.

Bouilly. — Mercredi médical 1890, n° 18.

Bonnet S. — Parallèle des phénomènes consécutifs à

Küstner. — Ueber peritoneale Enucleation von Uterusfibromen, Petersb. Wochenchr. 1889, n° 13.

— Indications et contr'indications de la myoméctomie ; Sammlung klin. Vortræge, 1887, n° 164.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie, 1897.

Leiter. — Zwanzig Myomectomien ; Inaug. Dissert. Iena, 1889.

Longuet. — De la chirurgie conservatrice ; Progrès médical, 1889, n° 29.

Martin A. — Verhandlungen der gynækologischen. Section der 54 ten Versammlung deutcher Naturforcher, Magdeburg, 1881.

— Ueber Myomotomie, Arch. für Gynæk. 1885, B. 15.

— Ztschr. für Geburtshülfe. 1886, B. 12.

— Traité clinique des maladies de femmes, 1889 ; traduct. franç. par Varnier et Weiss.

— Ztschr. für Geburtshülfe, 1890, B. 20.

— Verhandlungen für Gynæk. 5 tes Congress, Breslau, 1893.

— Pathologie und Therapeutique der Frauenkrankheiten, 1891.

Müller (Aachen). — Verhandlungen des 24 ten chirurgen — Congress, Berlin, 1895.

Nagel. — Cntrbl. für Gynæk, 1886, n° 31.

Noble P. — L'hystérectomie pour fibromes en Amérique ; Ann. de gynéc. 1897, vol. 48,

— The Journ. of the american médical. Assoc. 1897, oct.

Olshausen. — Handbuch der Gynækologie von J. Veit. 1897, Bd II.

Pauchet V. — Traitement des fibromes utérins, Gazette de gynécol. Janv. 1900.

Pichevin. — Enucléation des myoms utérins par voie abdominale. Nouv. Arch. d'obstetr. et de gynéc. Avril 1889.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

— Revue de gynéc. et de chirurgie abdominale.

Ricard.— Traitement des fibromes, Gaz. des hôpitaux. 1883, n° 83.

— 13e Congrès de chirurgie. Paris, 1899.

Schauta. — Klinischer Bericht von 1000 Bauchhœhlen-Operationem von Aug. Herzfeld, Wien, 1895.

Schrœder. — Cntrbl. für Gynæk. 1885, n° 24.

— » » » 1885, n° 48.

Schultz. — Cntrbl. für Gynæk. 1897, vol. 21.

Simon Jules. — Münchner mediz. Wochenschr. 1894.

Smyly. — British. medical Journal, 1898.

Spiegelberg. — Arch. für Gynæk. 1874.

Stavely Albert. — Myomectomy during pregnancy. The american gynaec. and obst. Journ. 1894.

Témoin Daniel. — Ablation des fibromes par voie abdominale. Arch. prov. de chirurgie, 1896.

Thiem. — Ueber einer Laparomyomectomie, Centrbl. für Gynæk. 1897, n° 47.

Tillaux. - Traité de clinique chirurgicale, 1897, vol. II.

Treub Ect. — Congrès d'Amsterdam, 1899.

Tuffier. — Congrès français de chirurgie, Paris 1899.

Veit. — Cntrbl. für Gynæk. 1887, n° 24.

Vulliet. — 43 opérations radicales ; Ann. de gynéc. et d'obst., 1894, vol 42.

Werder. — 24e Congrès de chirurgie allemande, tenu à Berlin, 1895.

Table

Pages

Paris. — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine.